

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico II
(Psicología Diferencial y del Trabajo)



TESIS DOCTORAL

Relación entre género y salud en los profesionales de enfermería

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Ana Isabel Saavedra San Román

Directores

María Pilar Sánchez López
Virginia Dresch

Madrid, 2013

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamientos Psicológicos II**



**RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y SALUD EN LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Ana Isabel Saavedra San Román

Bajo la dirección de las doctoras:

María Pilar Sánchez López

Y

Virginia Dresch

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y SALUD EN LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA**

Tesis Doctoral

Autora: Ana Isabel Saavedra San Román

Directoras: Profª Drª María del Pilar Sánchez López

Profª Drª Virginia Dresch

Madrid, 8 de Enero de 2013

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y SALUD EN LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA**

Programa de Doctorado:

Mujeres y Salud

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos II

(Psicología Diferencial y Psicología del Trabajo)

A Andrés, por TODO y aún más.

A Rodrigo, por la vitalidad y felicidad que irradia.

A mí, por lo afortunada que soy al tenerlos conmigo; por mi constancia y tesón.

A mis padres, por estar siempre ahí y porque también son parte responsable de cómo soy.

A mi abuela, porque siempre me decía lo que llegaría a ser, por todo ese amor tan auténtico e incondicional.

A las enfermeras y enfermeros, sin cuyo ánimo y colaboración hubiera sido imposible siquiera iniciar este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

Cuando nos embarcamos en proyectos tan laboriosos y ambiciosos como es llevar a cabo una investigación, nunca lo hacemos solos y son muchas las personas a las que estoy muy agradecida.

En primer lugar quiero agradecer a mis Directoras de Tesis, las profesoras D^a María del Pilar Sánchez López y la profesora D^a Virginia Dresch, su buen hacer, la constancia y dedicación con la que me han tutorizado, los ánimos y las facilidades que han supuesto allanar un camino lleno de dificultades.

Agradecer a Susana Arias por sus conocimientos, habilidades, los recursos que ha puesto a mi servicio y en especial su apoyo emocional, comprensión y cariño.

A Elisa Careaga Matas, por ser la mejor embajadora de mi proyecto, por intentar buscar financiación de todas las formas posibles y aunque no pudo ser, para mí ha sido como si se hubiera conseguido.

A la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario de Getafe, por haber facilitado y colaborado en el acceso a los servicios del hospital y a sus supervisoras y supervisores que tan amablemente me facilitaron el camino.

A la Directora del Departamento de Análisis Clínicos del H.U. de Getafe, la Dra Herranz, por entusiasmarse como lo hizo con el proyecto y hacerse cargo de una de las partes más arduas de las investigaciones, conseguir financiación para los análisis clínicos.

Finalmente a todas mis compañeras del Paritorio del H.U. de Getafe, matronas, auxiliares, enfermeras y celadoras por sus buenas palabras y ánimos. Y a todas las enfermeras y enfermeros que se dejaron convencer tan fácilmente, que pusieron a mi disposición su confianza, disponibilidad, su tiempo y sus venas en dos ocasiones diferentes.

A todas y a todos, muchas gracias por haber hecho posible que esta gestación haya llegado a término, con un parto eutócico laborioso aunque plenamente satisfactorio.

ÍNDICE

PARTE I CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

Capítulo 1 – Introducción.....	Pág. 12
Capítulo 2 – Salud. Modelo Transaccional en Psicología de la Salud.....	Pág. 17
2.1 – El concepto de Salud.....	Pág. 18
2.2 – Modelos de Salud.....	Pág. 20
2.2.1 - Modelo Transaccional en Psicología de la Salud.....	Pág. 25
2.3 – Salud Física.....	Pág. 27
2.3.1 – Salud Autopercibida.....	Pág. 27
2.3.2 – Estilos de vida.....	Pág. 30
2.3.2.1 – Alimentación.....	Pág. 32
2.3.2.2 – Ejercicio físico.....	Pág. 34
2.3.2.3 – Consumo de tabaco.....	Pág. 36
2.3.2.4 – Consumo de alcohol.....	Pág. 39
2.3.2.5 – Hábitos de sueño.....	Pág. 43
2.3.3 – Número de enfermedades.....	Pág. 46
2.3.4 – Número de fármacos consumidos.....	Pág. 49
2.3.5 – Número de consultas médicas.....	Pág. 52
2.3.6 – Ritmos biológicos: Matutinidad/Vespertinidad.....	Pág. 53
2.3.7 – Cortisol.....	Pág. 55
2.4 – Salud Mental.....	Pág. 57
2.4.1 – <i>GHQ-12</i>	Pág. 57
2.4.2 – Estrés y Satisfacción laboral.....	Pág. 62
Capítulo 3 – Género. Relación entre género y salud.....	Pág. 66
3.1 – Orígenes de los estudios de género.....	Pág. 67
3.2 – Situación actual de los estudios de género. Definición de género...	Pág. 68
3.3 – Modelos de género.....	Pág. 71
3.4 – Determinantes de género.....	Pág.76
3.5 – Instrumentos para medir género.....	Pág. 77
3.6 – Relación entre Género y Salud.....	Pág. 80
Capítulo 4 – La profesión de Enfermería. Relación entre salud y género en los profesionales enfermeros.....	Pág. 88
4.1 – Definición de la profesión de Enfermería.....	Pág. 89
4.2 – Evolución de la profesión enfermera.....	Pág. 92
4.3 – Demografía de la Enfermería española.....	Pág. 102
4.3.1 – Hombres en la profesión de enfermería.....	Pág. 108
4.4- Relación entre salud y género en la profesión de Enfermería.....	Pág. 111
4.4.1 – Salud física y psicológica con perspectiva de género.....	Pág. 112
4.4.2 – Trabajo nocturno.....	Pág. 114
4.4.3 – Imagen social de la profesión.....	Pág. 115
4.4.4 – Satisfacción laboral.....	Pág. 117
4.4.5 – Estrés laboral y consecuencias.....	Pág. 121
4.4.6 – Variables protectoras.....	Pág. 124

PARTE II INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo 5 – Estudios, Objetivos e Hipótesis..... Pág. 128

5.1 – Estudio 1. Análisis psicométrico de los instrumentos.....	Pág. 129
5.1.1 – Objetivo 1. Analizar la fiabilidad de los instrumentos utilizados en la población enfermera.....	Pág. 129
5.1.2 – Hipótesis 1. Los instrumentos utilizados tendrán la fiabilidad adecuada para ser utilizadas en la población de estudio.....	Pág. 129
5.2 – Estudio 2. Análisis de las diferencias en salud y género entre la muestra de población enfermera y la población general española...	Pág.130
5.2.1 – Objetivo 2. Analizar las diferencias existentes entre la muestra de población enfermera y la población general española en salud y género.....	Pág. 130
5.2.2 – Hipótesis 2. Contrastar la hipótesis 2.1 y 2.2.....	Pág. 130
5.2.2.1 – Hipótesis 2.1. Las enfermeras y enfermeros obtendrán mejores puntuaciones de salud física y estilos de vida, peores puntuaciones en salud mental y mayor estrés laboral que la población general española.....	Pág. 130
5.2.2.2 – Hipótesis 2.2. Las enfermeras obtendrán mayores puntuaciones en rol tradicional de género que las mujeres de la muestra general y, los hombres enfermeros obtendrán menores puntuaciones en rol tradicional de género, que los hombres de la población general española.....	Pág. 131
5.3 – Estudio 3. Análisis de la salud y género en los profesionales de la enfermería.....	Pág. 132
5.3.1 – Objetivo 3. Analizar las diferencias de salud en los enfermeros y enfermeras.....	Pág. 132
5.3.2 – Hipótesis 3. Las enfermeras presentarán peores índices de salud que sus compañeros enfermeros.....	Pág. 133
5.3.3 – Objetivo 4. Analizar las características de los roles de género presentes en las enfermeras y los enfermeros y su relación con los indicadores de salud.....	Pág. 133
5.3.4 – Hipótesis 4. Las enfermeras y enfermeros que sean coherentes con el rol tradicional de género presentarán peores puntuaciones en salud.....	Pág. 134
5.3.5 – Objetivo 5. Comprobar que el Modelo Teórico Transaccional de Salud propuesto por Bruchon-Schweitzer (2002) se cumple en los profesionales de la enfermería, para los modelos obtenidos en las variables criterio: salud autopercebida, salud mental y número de problemas de salud.....	Pág. 134
5.3.6 – Hipótesis 5. Las enfermeras y enfermeros obtendrán modelos de ecuaciones en las variables criterio salud a utopercebida, salud mental y problemas de salud conforme al Modelo Teórico Transaccional de Salud.....	Pág. 135

Capítulo 6 – Método..... Pág. 137

6.1 – Participantes.....	Pág. 138
6.2 – Diseño.....	Pág. 139
6.3 – Variables e Instrumentos.....	Pág. 140
6.3.1 – Variables sociodemográficas.....	Pág. 143
6.3.2 – Variables de Salud y Estilos de Vida.....	Pág. 143
6.3.2.1 – Salud autopercebida.....	Pág. 143
6.3.2.2 – Problemas de Salud.....	Pág. 144
6.3.2.3 – Fármacos consumidos.....	Pág. 145
6.3.2.4 – Consultas médicas.....	Pág. 145
6.3.2.5 – Estilos de vida.....	Pág. 146
6.3.2.6 – Salud mental (<i>GHQ-12</i>).....	Pág. 147
6.3.2.7 – Estrés laboral.....	Pág. 149
6.3.2.8 – Satisfacción laboral.....	Pág. 149
6.3.2.9 – Género.....	Pág. 149
6.3.2.9.1 – Masculino (<i>CMNI</i>).....	Pág. 150
6.3.2.9.2 – Femenino (<i>CFNI</i>).....	Pág. 151
6.3.2.10 – Matutinidad/Vespertinidad (<i>CS</i>).....	Pág. 151
6.3.2.11 – Cortisol.....	Pág. 153
6.4 – Procedimiento.....	Pág. 155
6.5 – Análisis de datos.....	Pág. 159
6.5.1 – Estudio 1. Análisis psicométrico de los instrumentos.....	Pág. 159
6.5.2 – Estudio 2. Análisis de las diferencias existentes entre la muestra de población enfermera y la población general española en salud y género.....	Pág. 159
6.5.3 – Estudio 3. Análisis de la salud y género en los profesionales de la enfermería.....	Pág. 160

Capítulo 7– Resultados..... Pág. 163

7.1 – Resultados del Estudio 1.....	Pág. 165
7.1.1 – Objetivo 1.....	Pág. 165
7.1.2 – Hipótesis 1.....	Pág. 165
7.1.3– <i>GHQ-12</i>	Pág. 165
7.1.4 – Matutinidad/Vespertinidad (<i>CS</i>).....	Pág. 166
7.1.5 – Género.....	Pág. 167
7.1.5.1 – <i>CMNI</i>	Pág. 167
7.1.5.2 – <i>CFNI</i>	Pág. 168
7.2 – Resultados del Estudio 2.....	Pág. 168
7.2.1 – Objetivo 2.....	Pág. 168
7.2.2 – Hipótesis 2.....	Pág. 169
7.2.2.1 – Hipótesis 2.1.....	Pág. 169
7.2.2.2 – Hipótesis 2.2.....	Pág. 169
7.2.4 – Estadísticos descriptivos.....	Pág. 169
7.2.4.1 – Estadísticos descriptivos de la muestra enfermera.....	Pág. 169
7.2.4.2 – Estadísticos descriptivos de la muestra de población general española.....	Pág. 173

7.3 – Resultados del Estudio 3.....	Pág. 185
7.3.1 – Objetivo 3.....	Pág. 185
7.3.2 – Hipótesis 3.....	Pág. 185
7.3.3 – Objetivo 4.....	Pág. 201
7.3.4 – Hipótesis 4.....	Pág. 201
7.3.5 – Objetivo 5.....	Pág. 214
7.3.6 – Hipótesis 5.....	Pág. 214
Capítulo 8 – Discusión y Conclusiones.....	Pág. 220
8.1 – Estudio 1. Análisis psicométrico de los instrumentos.....	Pág. 221
8.2 – Estudio 2. Análisis de las diferencias existentes entre la muestra de población enfermera y la población general española en salud y género.....	Pág. 224
8.3 – Estudio 3. Analisis de la salud y género en los profesionales de la enfermería.....	Pág. 238
8.4 – Consideraciones finales.....	Pág. 257
Capítulo 9 – Limitaciones y perspectivas futuras.....	Pág. 261
Índice de Anexos, Tablas y Figuras.....	Pág. 266
Referencias bibliográficas.....	Pág. 302

PARTE I
CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

Capítulo 1

Introducción

1- Introducción

La investigación que se presenta tuvo su inicio en el año 2009, durante el proceso de elaboración de la tesina dentro del máster Mujeres y Salud de la Universidad Complutense de Madrid, bajo la supervisión de la Prof^a Dr^a María Pilar Sánchez López y la Prof^a Dr^a Virginia Dresch, en el marco del estudio de las relaciones entre salud y género. Desde entonces, surge la pregunta de cómo serían dichas relaciones en el ámbito de la profesión de la Enfermería, siendo ésta, la segunda profesión con mayor proporción de mujeres en su ordenación, después de la profesión de educación infantil.

Se pretende analizar las relaciones entre los indicadores de salud (física, mental, estilos de vida y niveles de cortisol en plasma) y el género desde una perspectiva novedosa, que es incluir la medida del género desde el inicio del proceso investigador (es decir, no sólo aportar datos desagregados por sexo, sino identificar cómo los roles, creencias, estereotipos y relaciones de poder influyen en la salud) para poder identificar si esta variable modula los niveles de salud de los participantes. Parece importante reseñar, que se desconoce otros estudios que analicen las relaciones entre género y salud en la profesión enfermera con el instrumento de género utilizado en esta investigación, de forma que la inquietud planteada en la investigadora para llevar a cabo este estudio, puede ser interesante para el resto de la comunidad científica.

La operativización del género se ha realizado a partir del instrumento *CMNI Conformity to Maculine Norms Inventory* (Mahalik, Locke, Ludlow, Diemer, Scott & Gottfried, 2003) y el *CFNI Conformity to Feminine Norms Inventory* (Mahalik, Morray, Coonerty-Femiano, Ludlow, Slaterry & Smiler, 2005) que ha sido validado, traducido y adaptado a la población

española por el grupo de investigación EPSY (Grupo de Investigación Estilos de Personalidad, Género y Salud) de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Poder medir género con dicho instrumento ha permitido contrastar los resultados con los estudios publicados y consultados que analizan las relaciones entre género y salud y, llegar a conclusiones clarificadoras sobre la realidad contemporánea de los profesionales de la enfermería estudiados.

Además del objetivo de analizar las relaciones entre salud y género en los/las enfermeros/as, se plantean cuatro objetivos más. Un objetivo previo, para analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados y asegurar la fiabilidad de éstos. Un segundo objetivo, que consiste en estudiar las diferencias en las variables de salud y género entre la muestra enfermera y la población general española. Y tres objetivos específicos para los profesionales enfermeros; un tercer objetivo que consiste en estudiar las diferencias en los resultados de los indicadores de salud entre enfermeras y enfermeros; un cuarto objetivo ya descrito, el de analizar las relaciones entre salud y género en las enfermeras y enfermeros, respectivamente; y un quinto y último objetivo, para comprobar si el modelo teórico de salud propuesto se confirma como adecuado para el examen de las relaciones de las variables de salud en la población de estudio, en función a tres variables criterios seleccionadas.

El contenido de esta Tesis Doctoral se divide en dos partes, la primera incluye la Contextualización Teórica y la segunda la Investigación Empírica. La Parte I, Contextualización Teórica se compone además de esta Introducción (Capítulo 1), de otros tres capítulos, que perfilamos a continuación.

El Capítulo 2 estudia el concepto de Salud, desde una perspectiva histórica, para ubicarnos en los modelos biopsicosociales contemporáneos, específicamente en el modelo de salud utilizado

en ésta investigación: el Modelo Teórico Transaccional en Psicología de la Salud, propuesto por Bruchon-Sweitzer (2002); este es un modelo que integra las teorías biomédicas clásicas, que definen la enfermedad como una alteración anatomofisiológica de causa biologicista (Dubós, 1975), con las teorías psicosociales que introducen el estudio de los estilos de vida y las características sociodemográficas (Lalonde, 1974) y las hipótesis psicológicas que fundamentan la existencia de ciertas características de la personalidad, que de forma aislada o por confluencia con el resto de variables expuestas, pueden ser los desencadenantes o los moduladores del hecho de enfermar.

En el Capítulo 3 se analiza el concepto de Género. La perspectiva de género es el eje transversal de esta investigación así, se estudia cómo los roles asignados tradicionalmente y transmitidos por la sociedad a los hombres y a las mujeres, también inciden en la salud de los enfermeros y enfermeras; se analizan los resultados publicados por los estudiosos de las relaciones entre salud y género, a los que se ha podido acceder, para ser posteriormente contrastados y discutidos en el capítulo 8 de esta tesis.

El Capítulo 4 describe la Enfermería como una profesión que ha sufrido, especialmente en el último lustro, unos cambios trascendentales tanto en su saber científico, en su autonomía como profesión y en las relaciones con otras disciplinas. Se analiza esta evolución y la situación actual de la profesión en España, para llegar a la intersección de los capítulos 2, 3 y 4 desde la que se estudia, las relaciones entre las variables de salud y el rol de género en los enfermeros y enfermeras.

La Parte II, Investigación Empírica, está compuesta por cinco Capítulos. El Capítulo 5 describe los tres Estudios planteados, con los 5 objetivos a analizar y sus 5 correspondientes

hipótesis a contrastar; destacar que el objetivo nº 2 lleva asociada dos hipótesis y no una, como el resto de objetivos, debido a la complejidad de las comparaciones entre la muestra enfermera y la población general española.

En el Capítulo 6 se explican los trámites iniciales para llevar a cabo ésta investigación en el medio hospitalario, la metodología utilizada en el proceso de selección de la muestra y el trabajo de entrevista individual realizado, para obtener una muestra de enfermeras homogénea en variables sociodemográficas y laborales con la muestra de enfermeros, que previamente fue analizada. Se describen los instrumentos utilizados, los procedimientos y los métodos estadísticos que se han empleado para el análisis de los datos.

El Capítulo 7 recoge los resultados de los tres estudios obtenidos a partir de los cinco objetivos planteados, correspondiendo al Estudio nº 1, el objetivo e hipótesis nº 1, para comprobar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en las poblaciones de estudio. El Estudio nº 2, cuyo objetivo nº 2, se estudia en función a dos hipótesis planteadas para contrastar las variables de salud y género entre la población enfermera y la población española; y el Estudio 3, con sus 3 objetivos (objetivos 3, 4 y 5) y sus 3 hipótesis (hipótesis 3, 4 y 5) para analizar las relaciones entre salud y género en las enfermeras y enfermeros de la población de estudio.

En el Capítulo 8 se razonan y discuten los resultados expuestos en el anterior capítulo y se argumentan algunas de las conclusiones a las que se llega en esta investigación.

El Capítulo 9 finaliza la redacción de esta Tesis Doctoral con las limitaciones encontradas y se añaden, algunas de las futuras perspectivas de estudio derivadas de las conclusiones obtenidas.

Capítulo 2

Modelos de Salud. Modelo Transaccional en Psicología de la Salud.

A lo largo de la historia de la humanidad, el concepto de salud ha sido interpretado según la influencia de la religión, la cultura y los métodos científico-tecnológicos desarrollados para explicar y comprender este fenómeno vital. A continuación, se va a exponer cómo han sido estas relaciones entre salud y sociedad/individuo.

2.1 - El concepto de salud

La definición que propuso el máximo organismo gubernamental en materia de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948. p.1).

Esta definición ha sufrido críticas por el carácter subjetivo y de difícil medición del término “bienestar” (San Martín & Pastor, 1989), por el concepto de “completo bienestar” que no contempla la variación en el estado de salud, ya que se estima que sólo entre el 10 y el 25% de la población mundial se encuentra completamente sana (Briceño-León, 2000), por ser utópica (Carmona, Rozo & Mogollón 2005) y además porque no tiene en cuenta el modo de vida del individuo (Pardo, 1997).

Las ventajas de la definición planteada por la OMS, son su carácter holístico al introducir los conceptos “físico, mental y social”, lo que permite superar el modelo biologicista y la exclusiva perspectiva biomédica en el campo de la salud (Alcará, 2008; Moreno-Altamirano,

2007), la visión positivista del término y la apertura a múltiples disciplinas para el estudio de la complejidad del concepto de salud.

Es la propia OMS la que introduce un cambio en la definición de salud, dentro del programa “Estrategia de Salud para todos en el año 2000”, donde plantea como principal objetivo “que todos los habitantes del mundo tengan acceso a un nivel de salud que les permita desarrollar una vida productiva social y económicamente” (Resolución OMS. 30.43., 1977) y, de esta forma abandona la visión utópica de la definición inicial.

Desde esta perspectiva, se entiende que el estudio de la salud ha sido objeto de investigación de forma multidisciplinar. La Antropología explica el valor atribuido al concepto de salud según la cultura. La Medicina parte básicamente del conocimiento del organismo humano sano e incluye necesariamente el estudio de las manifestaciones y los mecanismos en la alteración de éste, que se denomina enfermedad. Desde la Psicología se ha estudiado cuáles son los factores psicológicos que favorecen, desencadenan o intervienen en el proceso de enfermar. La Sociología estudia como el entorno social (las clases sociales, la familia, las relaciones laborales, etc.) influye sobre el estado de salud del individuo. La Epidemiología como ciencia que estudia todo lo relativo a las enfermedades transmisibles. La Política que analiza las relaciones entre los sistemas sanitarios implantados y los niveles de salud conseguidos en una sociedad. La Enfermería como ciencia del cuidado que actúa en población sana (educación para la salud y prevención de la enfermedad) y en población enferma (realización de cuidados y actividades encaminadas al restablecimiento de la salud, a mejorar la calidad de vida del enfermo y a propiciar los cuidados para una muerte digna). Y muchas otras disciplinas enmarcadas en las denominadas Ciencias de la Salud que han sido definidas como: "... son típicamente ciencias de frontera. Las soluciones surgen de las áreas de contacto entre la

medicina, la biología, la farmacología, la química, las ciencias sociales, etc... Avanza no sólo el que tenga más conocimientos, sino el que mejor los combine" (Lage, 1995. p.5) y que aportan con sus conocimientos otras formas de comprender el concepto de salud y enfermedad.

2.2 - Modelos de Salud

A partir de las diferentes ciencias que estudian la salud, se originan Modelos Teóricos para explicar la relación entre salud y enfermedad. Según Earp y Ennett (1991) la finalidad de un modelo es que se puedan usar, como marco conceptual para organizar e integrar información, como sistema diagramático de medición y, como estructura conceptual desarrollada y aplicada para guiar la investigación y la práctica clínica.

Los modelos serán adecuados si presentan equivalencias vinculadas de los fenómenos e indican las relaciones causales entre un grupo de variables que pueden ser observables y medibles (Cabrera, 2004).

A continuación, se procede a describir brevemente los modelos de estudio del continuo salud-enfermedad más representativos. Para ello se ha creado una tabla resumen de los principales modelos (ver tabla 2.1), para desarrollar posteriormente en profundidad, el modelo utilizado en esta investigación que es el Modelo Teórico Transaccional en Psicología de la Salud.

Antes del nacimiento de la Medicina, en la época Prehistórica, el hecho de enfermar se atribuía a una de las siguientes causas: la infracción de un tabú, un hechizo o la posesión del cuerpo por espíritus malignos, la penetración mágica de un objeto en el cuerpo y la pérdida del alma. Estas

fuerzas desconocidas y los espíritus favorables o malignos, son los determinantes del proceso de salud-enfermedad. La forma de contrarrestar estos orígenes sobrenaturales de la enfermedad es a través de los amuletos mágicos y a la obediencia de los ritos y tabúes. Todo ello fue y es realizado por brujos, chamanes, sacerdotes, curanderos y espiritistas (Piña, 1990).

Tabla 2.1 - Principales Modelos de Salud

Modelos Ambientalistas (s.III a.C-s. XVIII)	Prehelénico		Medicina impartida por la casta sacerdotal. Carácter médico-religioso. Amplio conocimiento de plantas, sangrías y astrología.
	Greco-romana		Hipócrates (s. III aC) imponen una visión estrictamente naturalista de la medicina, sin intervención divina, amplios conocimientos de la anatomía humana. Galeno (s. II aC) con su obra <i>Methodo Melendi</i> sobre el arte de la curación domina el ejercicio de la medicina hasta el s. XVII.
	Alta Edad Media		Oscurantismo religioso, la enfermedad es un castigo por los pecados cometidos. La curación viene por la fe y la ayuda espiritual de la iglesia. Será en el siglo XIII, con Roger Bacon y su <i>Tractatus de erroribus medicorum</i> , donde se implantan las bases de la experimentación frente a la espiritualidad aunque no fueron puestas en práctica hasta 200 años después.
	Baja Edad Media		Durante la segunda mitad del Medioevo (s.XIV), se produce la terrible “peste negra” que se calcula mató entre veinte y veinticinco millones de europeos lo que provoca importantes cambios sociales, económicos y políticos que hace que la sociedad de la Baja Edad Media se secularice, desaparezca el médico eclesiástico y el saber se traslade a la Universidad.
	Renacimiento		Copérnico, Erasmo, Paracelso, Cardano, Serveto, Galileo, Harvey y Descartes van a la conquista empírica del mundo de forma metódica y racionalizada (s.XV-XVIII). La imprenta acrecienta de forma inédita la propagación del saber. El descubrimiento del Nuevo Mundo infunde en la humanidad una conciencia planetaria y se instaura la visión mecanicista del universo.
Modelo Biomédico (s. XIX)	Revolución Industrial		El s. XIX se caracteriza por una concepción del curso de la historia que pretende ser entera y definitivamente racional y científica. Destacan tres pilares: el evolucionismo (Lamarck, Darwin, Weissmann, etc.), el positivismo (Compte) y el biologicismo y la teoría unicausal de las enfermedades (agente-huésped), con los descubrimientos y las obras de Pasteur y Koch. Las condiciones sociales y laborales que se derivan de la Revolución industrial, describen un panorama de enfermedad y muerte atribuible a las condiciones y jornadas laborales extenuantes, pobreza, mala alimentación, viviendas insalubres y trabajo infantil. Esta situación provoca un planteamiento de las etiologías no infecciosas (Ramazzini, Baker, Casal) y una valorización de los factores sociales (Chadwick, Engels, Virchow) en el desarrollo de las enfermedades junto a la importancia creciente de patologías de larga duración que hace que se debilite la teoría unicausal en el proceso de enfermar.

	Modelo Psicosocial	Dubós en 1959 introduce en la ecuación agente-huésped, del modelo biologista, la influencia del ambiente, incorporando uno de los elementos distintivos de este modelo que es la influencia de los “estilos de vida”, como conductas de riesgo que afectan la salud del individuo (tabaquismo, alcoholismo, ejercicio, alimentación y descanso). El otro rasgo distintivo es la inclusión del “modelo de estrés”, como la capacidad de adaptación del individuo, a partir de los mecanismos de lucha y huida, ante los agentes externos. Así, aparecerá un trastorno por estrés, cuando el individuo no puede dar una respuesta adecuada a dichos estímulos (Dubós, 1975).
Modelos críticos al modelo Biomédico (s.XX)	Modelo Socialista	Procede de la corriente filosófica y política del marxismo. Como figura importante del enfoque de medicina socialista se encuentra Vicente Navarro, que en 1978 explica como las desigualdades sociales, la economía, el lugar de trabajo y las relaciones de poder, son factores causales en el desarrollo de la enfermedad. Este modelo tendrá importantes repercusiones en las políticas de salud y en los programas de salud pública.
	Modelo Psicoanalítico	Con Freud y la existencia del “inconsciente”, se introduce la importancia de las experiencias vividas, la actuación de estímulos externos e internos y las relaciones sociales como variables que van a modular la expresión de la enfermedad en el individuo.
	Modelo Ecosocial	Planteado por Krieger en 1994, pretenden integrar la teoría sociológica y biológica con los factores determinantes de la distribución de las enfermedades en la población y del efecto de las desigualdades sociales sobre la salud. Estos determinantes incluyen las desigualdades sociales y económicas que hace que los individuos expresen biológicamente las experiencias de dichas desigualdades. Pone el acento en las políticas como protagonista en el mantenimiento de las desigualdades sociales en salud.
	Modelo Biopsicosocial	Planteado por George Engel (1977) reconoce que todos los individuos están compuestos por células que se unen en tejidos, que a su vez se organizan en aparatos y sistemas (componente biológico). Estos individuos provienen de una familia, conviven en un contexto y se ven influenciados por una determinada cultura (componente social). Y todos ellos tienen unas características mentales que los hacen únicos (componente psicológico). Posteriormente, Bishop (1994) desarrolla este concepto salutogénico del proceso de salud-enfermedad, es decir, estudia factores causales generales a diferencia del concepto patogénico del modelo biomédico, que reducía al campo biológico la causa de la enfermedad. Fue la Organización Mundial de la Salud (OMS) la instancia que propuso pasar del modelo biomédico al modelo biopsicosocial para el siglo XXI. Por tanto, la salud es responsabilidad tanto del sujeto como de la comunidad, a partir de las acciones políticas y sociales. Y tiene tanta importancia el concepto de enfermedad, desde su prevención, como el de salud, desde la promoción, por lo que se hace necesario un enfoque multidisciplinar para abordar este proceso.

Fuente: Sánchez-González, 2012; Laín-Entralgo, 2006; Briceño-León, 2000. Elaboración propia.

Los primeros modelos de salud que surgen fueron los diferentes modelos ambientalistas basados en la concepción estática e inmutable de la Naturaleza y que se extenderán hasta finales del s. XVIII, con la pugna entre los contagionistas y no contagionistas. Con la llegada del s. XIX, y la nueva visión racional y científica del mundo, aparece el modelo biomédico sustentado en los descubrimientos de los agentes causales de las enfermedades infecciosas. Se produce la visión biologicista y unicausal del proceso de enfermar (Laín-Entralgo, 2006).

Durante el s. XX, debido a los importantes cambios sociales (progreso de la sanidad pública, mejora de la alimentación y la vivienda) y al desarrollo de la medicina (vacunaciones preventivas, eficacia y rapidez de los tratamientos farmacológicos, evolución de las técnicas diagnósticas) se produce un regreso espectacular de determinadas enfermedades infecciosas: fiebre tifoidea, viruela, cólera, tuberculosis, enfermedades venéreas, etc. Sin embargo se objetiva un importante aumento de las enfermedades crónicas de origen multifactorial (el estrés, los estilos de vida, enfermedades por desgaste y las afecciones neuróticas), las enfermedades metabólicas y el cáncer. Por tanto, estamos en un momento histórico donde las alteraciones de salud son procesos crónicos e incurables, asociados más a problemas sociales y de conducta, que a problemas biológicos (Briceño-León, 2000).

Por todo ello, a mediados de la década de los sesenta, aparecen unos modelos teóricos críticos con el modelo biomédico, que incluyen el análisis de los proceso de la salud-enfermedad y, la estructura social, política y económica como factores que determinan el proceso de enfermar. Entre estos modelos cabe destacar el modelo psicosocial, socialista, psicoanalítico, ecosocial y biopsicosocial, que aparecen brevemente descritos en la tabla 2.1 (Sánchez-González, 2012).

A partir del modelo biopsicosocial surge una nueva disciplina denominada Psicología de la Salud, cuyo fin será estudiar como la salud está influenciada por variables biopsicosociales.

La *American Psychological Association (APA)*, crea en 1977, la disciplina de Psicología de la Salud, siendo Stone uno de los primeros autores que recogen el objeto de estudio de esta ciencia (Stone, Cohen & Adler, 1979).

En 1978 bajo la coordinación de Stone, Matarazzo y Weiss, se aprueba la creación de la División de Psicología de la Salud (División 38), que tuvo como principales objetivos: promover, a partir de la investigación, la disciplina de la psicología en la comprensión de la salud y la enfermedad; integrar la información biomédica con el conocimiento psicológico; informar a la comunidad científica y al público en general, los resultados de las investigaciones en esta área y, favorecer la creación de servicios especializados en psicología de la salud.

En base a estos trabajos, Matarazzo define la Psicología de la Salud como: “El agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas” (Matarazzo, 1980. p.815).

A partir de este momento se produce un extraordinario crecimiento de la disciplina; en 1982 sale a la luz la primera revista dedicada exclusivamente a este tema la *Health Psychology*; en 1983 se imparte una conferencia en EEUU sobre la educación y el entrenamiento en psicología de la salud y a partir de estas fechas se incrementa el número de investigaciones y manuales que recogen las publicaciones más relevantes en este campo (Oblitas, 2010; Oblitas, 2006; León, Medina, Barriga, Ballesteros & Herrera, 2004; Amigo, Fernández & Pérez, 2003).

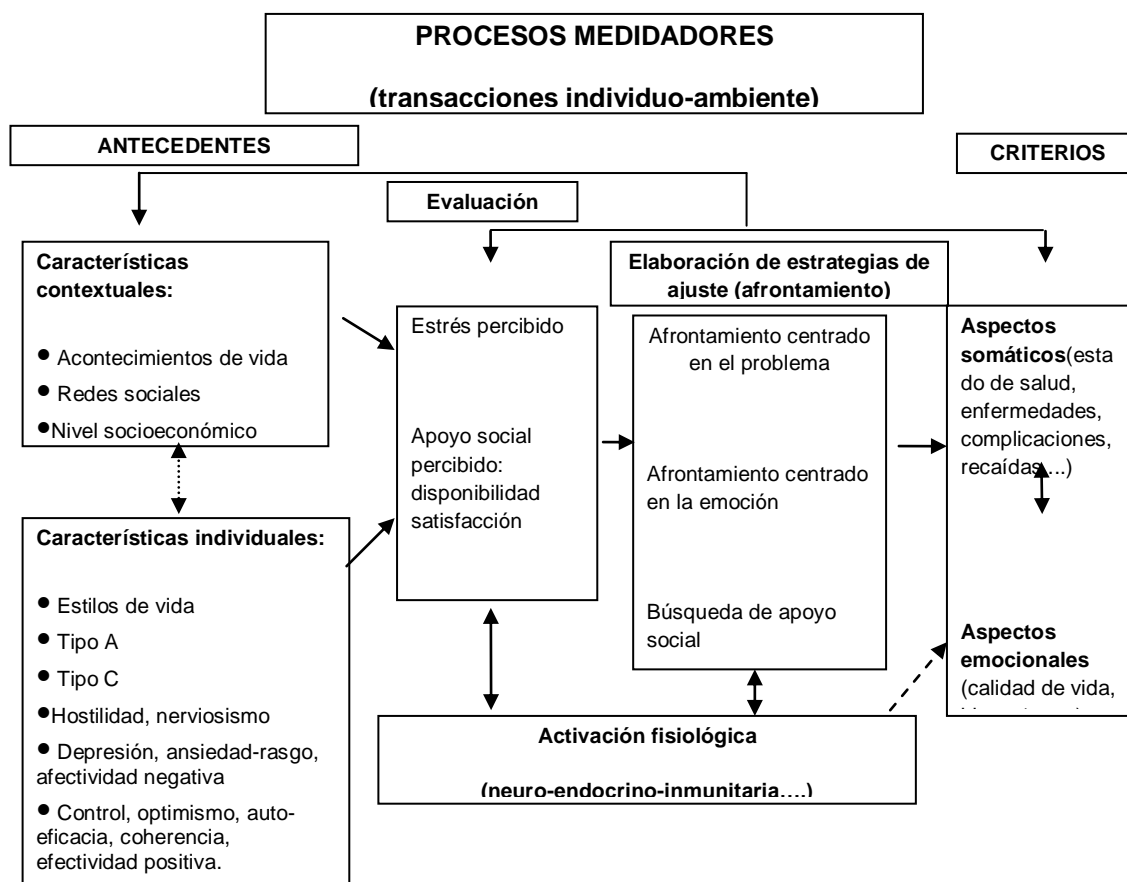
2.2.1-Modelo Transaccional en Psicología de la Salud

Partiendo del marco de la Psicología de la Salud, el modelo que se utiliza en esta investigación se basa en el Modelo Transaccional en Psicología de la Salud propuesto por Bruchon-Schweitzer (2002). Este modelo explica los objetivos que se plantea la Psicología de la Salud: la prevención y promoción de comportamientos saludables; la influencia de los factores psicosociales en el inicio, evolución y remisión de las enfermedades; y la comprensión de los procesos biopsicosociales que condicionan el proceso salud-enfermedad.

Bruchon-Schweitzer propone un modelo integrador donde se aúnan el modelo biomédico, la corriente psicosomática (cómo ciertas patologías se asocian a determinados tipos de personalidad), el enfoque epidemiológico (factores sociodemográficos y comportamientos de riesgo que predisponen a enfermar), el modelo biopsicosocial, el modelo interaccionista (el comportamiento individual está determinado tanto por características personales como por variables situacionales, que serán beneficiosas o perjudiciales a la salud) y el modelo transaccional (basado en el modelo creado por Lazarus y Folkman sobre los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que utiliza el individuo para afrontar una situación aversiva).

Este modelo aparece representado en la Figura 1, y como se puede observar, la autora propone la existencia de un grupo de antecedentes que van a contribuir a la explicación de una parte de la varianza en el grupo de criterios. Los antecedentes se dividen en: factores ambientales y sociodemográficos que rodean al individuo (es decir, lo que el individuo experimenta) y factores individuales, psicosociales y biológicos (lo que el individuo es).

Figura 1 - Modelo Transaccional de Salud.



Fuente: Bruchon-Schweitzer (2002).

Estos antecedentes o predictores se ven modulados por transacciones y estrategias de ajuste (lo que el individuo hace ante la adversidad), así como por factores de riesgo (factores que predisponen el inicio de una patología) y factores de pronóstico de enfermedad (factores que predisponen la evolución de una enfermedad preexistente) y todo en conjunto, a través de una secuencia temporal, explicaría parte de los criterios o resultados que son el estado de salud físico, mental y social del individuo.

A continuación, se describen las variables antecedentes y criterios y cómo la bibliografía estudiada analiza la relación de éstas.

2.3 - Salud Física

En la bibliografía consultada para analizar la salud física de los individuos, se han utilizado diferentes indicadores de salud, que como parámetros estadísticos de carácter universal, permiten conocer el estado de salud de los individuos de una forma objetiva. Entre ellos se encuentra la esperanza de vida al nacer, la salud autopercebida, la tasa de morbilidad por enfermedad, por accidente, los estilos de vida, etc., el resto del capítulo recoge aquellos indicadores más relevantes y frecuentes utilizados analizar la salud física de los sujetos.

2.3.1 – Salud autopercebida

La auto-percepción del estado de salud es un indicador subjetivo y general que refleja el estado de salud físico, las enfermedades padecidas y a la vez, los factores sociales, económicos y del entorno de la persona.

La utilización de este indicador ha sido validado por numerosos autores (Benyamini, 2008; Simon, De Boer, Joung & Mackenbach, 2005; Robine, Jagger & Egidi, 2000; Rohlf, Borrell, Anitua, Artazcoa, Colomer, Escribás et al., 2000; Idler & Benyamini, 1997), como el principal indicador del estado de salud de la personas. Es una medida que no presenta interferencias con las interpretaciones médicas de los síntomas, está relacionado con la percepción del individuo de su estado físico y mental y es un indicador que predice la probabilidad de morir de forma adecuada tanto en hombres como en mujeres, independientemente del estado objetivo del individuo (Singh-Manoux, Gue´Guen, Martikainen, Ferrie, Marmot & Shipley, 2007; Mossey & Shapiro, 1982).

Los estudios analizados presentan relaciones entre este indicador y diversas variables como las diferencias en salud autopercebida según sexo, donde se evidencia que la mujer refiere peor salud autopercebida que el hombre (Kondo, Kawachi, Subramanian, Takeda & Yamagata, 2008; Singh-Manoux et al., 2007; Taghrid, Balsam, Samer, Tanja, Kenneth & Wasim, 2007; Borrell & Benach, 2006; López, Findling & Abramzón, 2006; Case & Paxson, 2005).

El informe de Salud y Género 2005, realizado por el Ministerio de Sanidad de España (2007), informa que en las personas mayores de 16 años, el estado de salud percibido es peor en las mujeres que en los hombres en todas las edades y en todas las clases sociales. La Encuesta Europea de salud en España (2009), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), concluye que el 75% de los hombres perciben un buen estado de salud frente al 65% de las mujeres.

Un análisis multinivel constata que la probabilidad de sentirse bien es un 28% mayor en los hombres, la explicación se debe en parte por el aumento de longevidad en las mujeres, que las hacen padecer un mayor número de dolencias y también debido a que las mujeres suelen ser más críticas y exigentes a la hora de establecer el umbral de su bienestar físico y mental (Martín, López del Amo, García, Moya, & Jódar, 2007).

En este contexto, si no existe justificación biológica para que las mujeres a partir de los 16 años refieran una peor salud autopercebida que los hombres, es obligado el estudio de otras variables como las condiciones sociales, políticas, económicas, etc., que hacen que las mujeres perciban y manifiesten sus dolencias, de forma diferente, y cómo esta situación produce una desigualdad de género en el estado de salud.

Siguiendo esta línea investigadora, Sánchez-López, Aparicio-García y Dresch (2006) señalan que las mujeres, en general, tienen peor salud que los hombres, pero estas diferencias llegan a desaparecer si se tienen en cuenta las condiciones de trabajo de los individuos.

También se recoge la relación entre salud percibida y un conjunto de rasgos de personalidad (Dresch, Sánchez-López & Aparicio-García, 2008). Así como, las relaciones entre este indicador y la situación económica, donde se informan que aumentan las puntuaciones en salud autopercebida a medida que aumenta el nivel económico (Kondo, 2012; Suresh, Sabanayagam & Shankar, 2011; Karlsdotter, 2009; Regidor, Martínez, Astasio, Ortega, Calle & Domínguez, 2006; Rico, Ramos & Borrell, 2002).

Con respecto a los estilos de vida, comer mal, fumar, no hacer ejercicio y consumir alcohol y drogas son algunos de los principales determinantes de la mala salud de las personas. En esta línea se evidencian las relaciones de salud autopercebida con los estilos de vida, demostrándose que tener una vida activa, comer frutas y verduras diariamente, no fumar y un consumo moderado de alcohol, se relaciona con una mejor salud autopercebida (Conry, Morgan, Curry, McGee, Harrington, Ward & Shelley, 2011; Svedberg, Bardage, Sandin & Pedersen, 2006).

Un mayor nivel educativo se correlaciona con un mayor nivel adquisitivo y una mejor salud autopercebida de los individuos (Daoud, Soskolne & Manor, 2009). También se ha estudiado las diferencias entre población autóctona e inmigrante, evidenciando peor salud autopercebida en las poblaciones inmigrantes (Agudelo-Suárez, Ronda-Pérez, Gil-González, Vives-Cases, García, Ruiz-Frutos et al., 2011; Hernández & Jiménez, 2009).

La relación entre salud autopercibida y salud mental también se ha estudiado, comprobándose que referir una mala salud autopercibida correlaciona con una peor salud mental (Mao & Zhao, 2012; Conry et al., 2011). Así como la existencia de malas condiciones de trabajo, la inestabilidad laboral y el riesgo de jubilación anticipada se asocian a una peor salud autopercibida (Pietiläinen, Laaksonen, Rahkonen & Lahelma, 2011). Incluso se ha encontrado un mejor estado de salud en casados/as, frente a divorciados/as, viudos/as y solteros/as (Sánchez-López, Dresch & Cardenal-Hernández, 2005; Subramian & Kawachi, 2004).

Por todo ello, se justifica el uso de este indicador general del estado de salud de los individuos en esta investigación, el cual se ha sido utilizado en España desde 1987, a partir de su inclusión en la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 1987). El Ministerio de Sanidad y Consumo es el organismo responsable de realizar la Encuesta Nacional de Salud de España, siendo ésta una operación estadística de periodicidad bienal incluida en el Plan Estadístico Nacional. Se realiza mediante entrevista personal a una muestra aleatoria del censo de población española y una de las principales ventajas es que proporciona información del estado de salud de los individuos, utilicen o no los servicios sanitarios (Rodríguez, 2007).

A continuación, se trata la variable estilos de vida como otro de los indicadores del estado de salud física de la población, que es objeto de estudio en esta investigación.

2.3.2 – Estilos de vida

Se define estilo o hábito de vida como la construcción que el individuo realiza, que está moldeada por la familia, la sociedad y la educación recibida y que se manifiesta en comportamientos, formas de vivir, y especialmente en costumbres, que pueden ser

“protectoras” o “factores de riesgo” para la salud (Rueda, Manzano, Darío, Pérez de Arriba, Zuazagoitia & Zulueta, 2008).

La primera vez que apareció formalmente el concepto estilo de vida fue en 1939, aunque su conceptualización no aparece hasta el histórico informe del ministro de sanidad canadiense Lalonde (1974), *A New perspective on the Health of Canadians*, en el que los estilos de vida (actividad física, alimentación, uso de drogas, etc.,) era uno de los cuatro determinantes de la salud, junto a la biología humana, el medio ambiente físico y social y el sistema de atención sanitaria. A partir de este estudio epidemiológico de mortalidad, se cuantificó estos cuatro determinantes de salud, constatando que los estilos de vida eran los responsables del 43% de los fallecimientos, seguidos por la biología humana (genética) con un 27%, el medio ambiente con un 19% y atribuyendo el 11% de la mortalidad al sistema de asistencia sanitaria.

De forma global, es en el documento “Salud para todos en el año 2000” publicado por la *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO, 1986)*, donde se diseña la estructura fundamental para un programa de intervención a favor de los estilos de vida saludables, así en el epígrafe de “Promoción”, se hace referencia a la importancia de favorecer hábitos positivos como llevar una dieta equilibrada, realización de ejercicio físico, higiene mental y física, etc., para mejorar los indicadores de salud.

El Gobierno Vasco (2002) en su “Plan de Salud 2002-2010”, también señaló que se podría reducir en un 43% la mortalidad global de la comunidad con la adopción generalizada de un estilo de vida saludable. De la misma forma, Colomer y Álvarez-Dardet (2006) estudian como la promoción de la salud debe ir unida a un cambio en la estructura social.

A continuación, se procede a describir brevemente los estilos de vida que más inciden en la salud de los individuos y que han sido objeto de estudio en esta investigación.

2.3.2.1- Alimentación

Unos hábitos saludables en materia de alimentación y ejercicio se traducen en una adecuación del Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso en Kg} / \text{altura en m}^2$) entre 18.5 y 24.9, evitándose así, el sobrepeso y la obesidad. Se objetiva sobrepeso cuando el IMC se encuentra entre 25 y 29.9 puntos y obesidad si es igual o mayor a 30 puntos, datos propuestos por la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO) (2011). La OMS ha definido la obesidad como la epidemia del siglo XXI por las cifras existentes en países desarrollados y en vías de desarrollo, su efecto sobre la calidad de vida, la morbilidad y el impactante gasto sanitario que origina, de forma que se constituye como un importante problema de salud pública (OMS, 2003).

En este sentido, la evidencia nos demuestra la relación entre la obesidad y la mayoría de las enfermedades crónicas, tanto cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), como metabólicas (diabetes tipo 2, hipercolesterolemia), enfermedades respiratorias, artrosis, problemas psicológicos e incluso en una mayor incidencia en determinados cánceres, como el de mama, colon y endometrio. Además los individuos obesos son objeto de estigmatización social y discriminación (Quirantes, López, Hernández & Pérez, 2009).

En España, a partir de los datos recogidos en 2006 por la ENS con las preguntas sobre el peso y la talla de los entrevistados, se calcula el IMC de la población española. Los últimos datos del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, nos indica que la población mayor de 18 años,

el 16.6% presenta obesidad (17.4% hombres y 15.7% mujeres) y el 37.8% obesidad (45.1% hombres y 30.7% mujeres) aumentando estos porcentajes con la edad y presentando diferencias con respecto a datos de encuestas anteriores, donde por primera vez las mujeres tienen menor sobrepeso y obesidad que los hombres (SNS, 2010).

También la OMS alertó a nuestro país en 2007, por los preocupantes datos en España sobre sobrepeso infantil en niños y niñas de 13 años (25%) y de obesidad (13%), ocupando el segundo puesto después de Malta en mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad de 32 países europeos (OMS, 2007).

Con los datos aportados, se objetiva la importancia de la prevención para evitar la obesidad y el sobrepeso en la población española, por lo que la SEEDO da las siguientes recomendaciones en materia de prevención de la obesidad: no saltarse el desayuno, llevar una dieta equilibrada y variada, consumir cinco raciones de frutas y verduras al día, evitar las grasas saturadas y los alimentos y bebidas rico en azúcares, realizar al menos 30 minutos de actividad física diaria y como última y novedosa recomendación, dormir al menos 8 horas diarias, ya que la falta de sueño va a inhibir la producción nocturna de leptina (hormona que disminuye la sensación de hambre) e incrementa la producción de ghrelina (hormona que estimula el apetito) (SEEDO, 2011).

Un papel importante en el mantenimiento del peso adecuado es la realización de ejercicio físico, que es el siguiente estilo de vida que se va a analizar.

2.3.2.2- Ejercicio Físico

Numerosas son las investigaciones que encuadran la práctica de actividad física adecuada y regular dentro de un estilo de vida saludable (Haskell, Lee & Pate, 2007; Warburton, Nicol & Bredin, 2006; Guallar-Castillón, Santa-Olalla, Banegas, López & Rodríguez-Artalejo, 2004; Varo, Martínez & Martínez-González, 2003). Es conocido que la práctica de una actividad física regular, estable y moderada ayuda a mejorar tanto la salud física como la salud psicológica. Por lo que la inactividad o sedentarismo es el mayor factor de riesgo para padecer sobrepeso y es uno de los factores de riesgo modificable para las patologías cardiovasculares, enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial, la obesidad y las alteraciones óseas como la osteoporosis y las osteoartritis (Netz, Wu, Becker & Tenenbaum, 2005).

También se han descritos los riesgos de la inactividad en la salud mental, encontrándose una disminución en el bienestar psicológico de las personas, que se perciben a sí mismas menos saludables, con niveles más altos de tristeza, fatiga y menor vigor (Jiménez, Martínez, Miró & Sánchez, 2008) y, como la actividad física en el tiempo libre, se asocia a una menor prevalencia de los indicadores de salud mental negativa en ambos sexos (Rodríguez-Hernández, de la Cruz-Sánchez, Feu & Martínez-Santos, 2011; de la Cruz-Sánchez, Moreno-Contreras, Pino-Ortega & Martínez-Santos, 2011).

El estudio realizado por Spirduso y Cronin (2001) informa que entre las personas que presentan patologías, la realización de una actividad física adecuada, retrasa la aparición de discapacidad y mantiene por más tiempo la independencia para realizar las actividades de la vida diaria.

En esta línea, un estudio reciente en población adolescente española identifica el sedentarismo y la obesidad, como factores de riesgo para el inicio del consumo de alcohol, tabaco, comportamientos antisociales y aumento del riesgo de exclusión social (Rodríguez-Hernández, et al., 2011).

Tal es la preocupación por los índices de sedentarismo, que el Departamento de Salud Norteamericano, (*US Department of Health and Human Services HHS*, 2008), en su estrategia de salud para el año 2020, situó la práctica de ejercicio físico, como el primero de los diez indicadores de salud, por delante del consumo de tabaco, la obesidad o la asistencia sanitaria; los datos de sedentarismo en la población americana se sitúan en el 50.9% de la población total.

En España, a partir de la Encuesta Nacional de Salud, se objetivan las cifras de inactividad física en población adulta española situándola en el 40% del total de la población mayor de 18 años. Las preguntas que se realizan son referentes a la realización de alguna actividad física en el tiempo libre, y si durante las dos últimas semanas, ha practicado alguna actividad física ligera, moderada o intensa, en un tiempo superior a los 20 minutos (ENS, 2006). Según los últimos datos del Sistema Nacional de Salud en España, el 12% de los hombres y el 14% de las mujeres mayores de 18 años, no realizan ningún tipo de actividad física en su tiempo libre, siendo estos porcentajes siempre mayores en mujeres que en hombres en todas las franjas de edad (SNS, 2010).

Estos datos son corroborados por un estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Navarra, sobre la actividad física en el tiempo libre según el sexo de los encuestados (Sobejano, Moreno, Viñes, Grijalba, Amezqueta & Derrano, 2009).

En función de los datos recogidos a nivel mundial, se dictan unas directrices por la *American College of Sports Medicine (ACSM, 2007)*, que se implantan en los programas de estilos de vida saludables a nivel mundial, e indican que hay una clara evidencia científica de que los adultos/as sanos/as, entre 18 y 65 años, necesitan un mínimo de 30 minutos de ejercicio aeróbico de moderada intensidad (marcha rápida) cinco veces semanales o, 30 minutos de intensidad vigorosa (como correr o ciclismo) tres días a la semana, o combinaciones de ambos tipos de ejercicio.

2.3.2.3- Consumo de Tabaco

Se ha reconocido el consumo de tabaco como una enfermedad crónica, adictiva y recidivante y la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS, la identifica como trastorno mental y del comportamiento (OMS, 2011); tal es la magnitud de este hábito tóxico, que en España existe un Comité Nacional para la Prevención del tabaquismo (CNPT, 2008).

El 32% de las personas que inician el consumo de tabaco se hacen dependientes, esto sólo ocurre con el 23% de los consumidores de heroína, el 17% de los adictos a cocaína y el 15% de los consumidores de alcohol (Pereiro, 2010).

La OMS para la región europea, estima para el año 2020, 2 millones de muertes anuales ocasionadas por el consumo de tabaco; en la actualidad este dato es de 1.6 millones de fallecidos por causas atribuibles al hábito tabáquico. Por tanto, este hábito es un grave problema de salud pública por ser la primera causa de mortalidad y morbilidad en el mundo desarrollado y por los altos costes que suponen para una sociedad (OMS, 2011).

La guía de práctica clínica basada en la evidencia, sobre el abordaje en Atención Primaria del tabaquismo calcula que las muertes atribuibles al consumo de tabaco son superiores a la suma de las muertes ocasionadas por el SIDA, el consumo de alcohol, de drogas ilegales y los ocasionados por los accidentes de tráfico (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, SAMFYC, 2011).

En 2006 en España, el tabaquismo fue el causante del 16% de los fallecimientos ocurridos (24% en hombres y 8% en mujeres), las patologías desencadenantes fueron por orden de importancias: las neoplasias malignas, enfermedades cardiovasculares y patologías respiratorias. Por sexo, la principal causa de muerte atribuida al tabaco en hombres fue el cáncer de pulmón y en mujeres los accidentes cardiovasculares (Hernández-García, Sáenz-González & González-Celador, 2010).

Según datos aportados por la OMS en su reciente informe sobre el estado global de la epidemia del tabaquismo en la zona europea, España tiene una tasa de prevalencia de fumadores diarios del 28%, situándose en puestos intermedios, siendo el país europeo con mayor prevalencia, Grecia con un 49% y el de menor prevalencia Reino Unido e Irlanda con un 16% (OMS, 2011).

El consumo de tabaco en España, según la Encuesta Europea de Salud en España (2009), revela que el 28% de los hombres y el 19% de las mujeres mayores de 16 años fuman diariamente. En población adolescente, la prevalencia de fumadores diarios varía según los diferentes estudios consultados; en chicos entre el 8% y el 13% y en chicas entre el 13% y el 16% tienen un consumo frecuente, pero no diario; en consumo diario, las chicas de 16 a 24 años lo hacen en un 31% frente al 25% de los chicos de la misma edad. También se evidencia

que la proporción de fumadores adolescentes supera a la de las personas entre 45 y 64 años. La edad de inicio del hábito tabáquico se encuentra en los 13.5 años.

La media porcentual de personas que manifestaron consumir tabaco a lo largo del año 2000 fue del 30% y en el 2010, este dato se redujo a 28,5%, por lo que se puede confirmar que el consumo de tabaco en España ha disminuido ligeramente en la última década. Los resultados también reflejan que el consumo de tabaco se ha reducido entre los hombres en los últimos diez años, al contrario que entre las mujeres; así en el año 2000, la diferencia de consumo de tabaco entre ambos sexos era de 11 puntos porcentuales y en la actualidad esa diferencia se ha reducido a la mitad, 5.5 puntos porcentuales a favor de los hombres (Encuesta Europea de Salud en España, 2009).

Para explicar porqué las chicas y mujeres se están incorporando al hábito tabáquico en mayor proporción que los hombres, tenemos que estudiar la importancia del aspecto físico y el autoconcepto. Existen estudios que objetivan la mayor preocupación por parte de las mujeres por el peso y la imagen corporal, especialmente en las edades más jóvenes (Thogersen-Ntoumani & Ntoumanis, 2007), indicando los altos niveles de ansiedad derivados por el miedo a perder el control de la ingesta, a sentirse gordas y no controlar el peso, así como una baja autoestima, lo que condiciona el inicio y mantenimiento del hábito tabáquico como medio para controlar el peso (Moreno, Moreno & Cervelló, 2009).

A partir de la campaña generada por la OMS en 2010, *Gender and tobacco control: a policy brief*, se dio a conocer el incremento de las cifras del tabaquismo en las mujeres, y alertó a los gobiernos para que tuvieran en cuenta que con el aumento del poder adquisitivo de éstas y por la disminución en la incidencia de tabaquismo en los hombres, las mujeres son el principal

objetivo de la industria tabacalera. Esta información fue posteriormente analizada en un estudio que observó el aumento de campañas de publicidad especialmente dirigidas a la población femenina, mediante anuncios que explotan estereotipos de género y vinculan de manera falsa el consumo de tabaco con conceptos de belleza, prestigio y libertad (Vikram, 2011).

En la misma línea, acerca de la disminución del hábito tabáquico en población adulta en España, los jóvenes españoles, con edades comprendidas entre los 14 y los 24 años que fuman en la actualidad son un 8.6% menos que en el año 2000 y estiman un declive anual ponderado de la prevalencia de tabaquismo en la adolescencia del 6.5% anual para los varones y 7% para las chicas, lo que concuerda con los datos de disminución en las ventas de tabaco en España y de consumo en las Encuestas Nacionales de Salud (Villalbí, Suelves, Gracia-Continent, Saltó, Ariza & Cabezas, 2012). Por todo ello, se hace necesario continuar con las políticas de prevención del tabaquismo en las edades más jóvenes y hacer campañas especialmente dirigidas a la población femenina, para evitar que se asocie el tabaco a un instrumento de poder, de prestigio y de control de peso.

El siguiente estilo de vida que se va a analizar está muy relacionado con el hábito tabáquico y es el consumo de alcohol.

2.3.2.4- Consumo de Alcohol.

El alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud (después del tabaco y la hipertensión arterial), tanto para la aparición de enfermedades como por ocasionar muerte prematura (OMS, 2009). Se estima que en 2004, murieron 2.5 millones de personas por causas atribuibles al consumo de alcohol. Las patologías más frecuentes asociadas al consumo de alcohol son:

alteraciones digestivas y hepáticas, osteoporosis, gota, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, cáncer (boca, esófago, mama e hígado), traumatismos y accidentes, y alteraciones neuropsiquiátricas (trastornos psicóticos, alteración de la conducta y riesgo de suicio) (Corrao, Zambon & La Vecchia, 2004).

El consumo de alcohol en España nos sitúa entre el tercer y quinto puesto mundial de los países que más consumen bebidas alcohólicas. Se calcula que el 87% de la población española entre 15 y 64 años han ingerido algún tipo de bebida alcohólica; un 65% consumen de forma regular (al menos una vez por semana), y entre el 7 y el 10% son bebedores de riesgo y de ellos, uno de cada dos son dependientes del alcohol (Bobes, Casas & Gutierrez, 2003).

La forma en que se estandariza el consumo diario de alcohol, es a partir de la Unidad de Bebida Estándar (UBE), (Griffith, Marshall & Cook, 2003). Cada UBE representa 10 gramos de alcohol. Dependiendo de la cantidad y del porcentaje de alcohol presente en cada bebida, se puede calcular que un vaso de vino de de mesa ($\approx 100\text{ml}$) representa 1UBE, una caña de cerveza ($\approx 250\text{ml}$) representa 1UBE, una copa de bebida destilada, como ginebra o whisky ($\approx 30\text{ml}$) también se calcularía como 1UBE, una botella de vino convencional con un 12% de graduación alcohólica ($\approx 750\text{ml}$) representa 8UBEs y una botella de whisky, con un 40% de graduación alcohólica ($\approx 700\text{ml}$) supone 28 UBES.

El consumo seguro de alcohol al día se estima para los hombres en 3 UBES y para las mujeres en 2 UBES. Un consumo de riesgo, se define como una ingesta superior a 40gr de alcohol diario para los hombres (5 o más UBES) y de una ingesta superior a 20gr de alcohol diario en las mujeres (3 o más UBES). La OMS indica que consumos esporádicos de cantidades superiores a 60 gramos de alcohol también implican un consumo de riesgo (OMS, 2009).

Parece ser que la ingesta de cantidades bajas de alcohol (20 gr. alcohol al día= 2 vasos de vino) reduce el riesgo relativo de padecer enfermedad isquémica del corazón y las afecciones cardiovasculares. Pero esta afirmación tiene una serie de matices, según el metaanálisis realizado por Corrao, Bagnardi, Zambon y Poikolainen (2000), el tipo de alcohol consumido no varía en el efecto protector, las mujeres precisan de cantidades menores a los hombres para conseguir este efecto cardiosaludable, ocasionado por la diferente farmacocinética del alcohol y la susceptibilidad a los efectos tanto positivos como negativos del consumo de alcohol; y el efecto beneficioso no es igual en todas las edades, en la población joven el riesgo por mortalidad cardiovascular es muy bajo, pero sin embargo las principales causas de mortalidad están asociadas directamente al consumo de alcohol (agresiones, accidentes de tráfico, suicidio, etc.), por lo que hay que valorar a quién y en qué cantidades estaría recomendado el consumo regular de alcohol, según la ecuación riesgos/beneficios.

El patrón de consumo de alcohol en España ha cambiado en las últimas décadas; en los años ochenta el consumidor de alcohol era un varón adulto, que preferentemente consumía vino (consumo mediterráneo) y lo realizaba a diario. En la actualidad, se evidencia la existencia de un modelo de consumo adulto, que se caracteriza por la regularidad en el consumo, vinculada a la gastronomía y a ciertos eventos sociales y en una gran mayoría se consume en el hogar, con un cambio de preferencias del vino hacia la cerveza (consumo anglosajón, donde la cerveza es la bebida más consumida en todos los tramos de edad, sexo y días de la semana). Y un modelo de consumo joven que se concentra en las noches de los fines de semana, con grandes cantidades de alcohol (preferentemente cerveza y combinados) en poco espacio de tiempo, realizado con el grupo de iguales y en espacios públicos. En jóvenes es frecuente la asociación del consumo de alcohol al consumo de otras sustancias, además de la tradicional asociación con

el consumo de tabaco (EDADES, Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, 2007-2008).

España es de los países europeos más restrictivos en cuanto a la edad límite legal para consumir alcohol, que se encuentra en los 18 años, para cualquier tipo de bebida alcohólica. A pesar de esta restricción se documentó un importante aumento en el consumo de alcohol en menores de edad entre 1994 y 2004, alcanzando el 81% de los estudiantes de secundaria (14 a 18 años) que habían consumido alcohol en los 12 meses previos a la entrevista, por lo que se implantó un Plan Nacional de Drogas 2005-2008, que consiguió disminuir 6 puntos porcentuales la prevalencia de consumo en este grupo etario (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

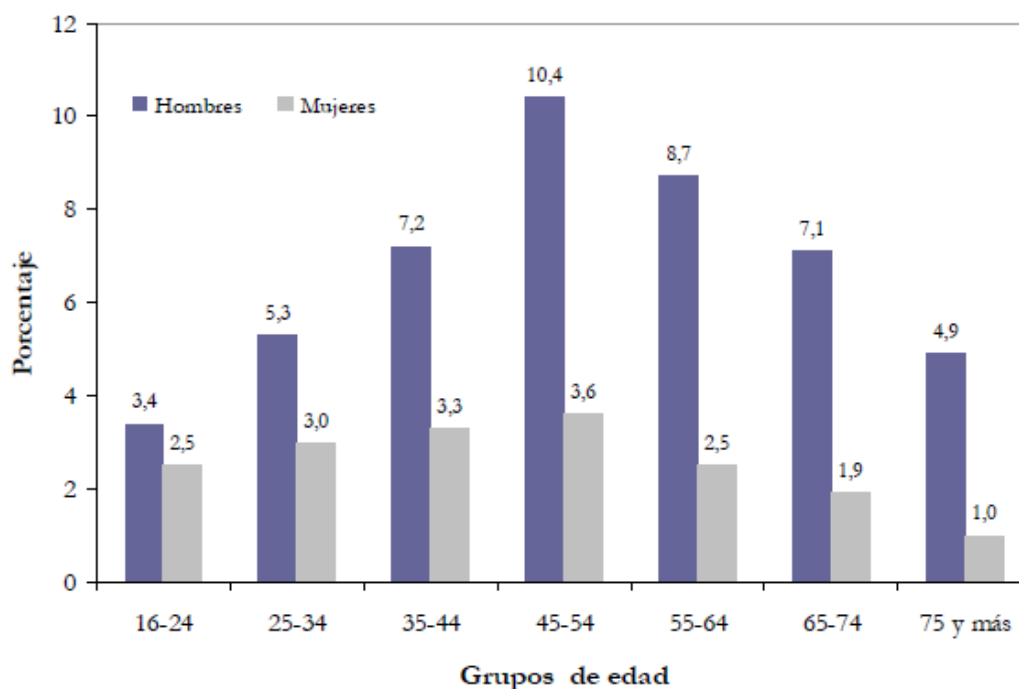
La edad de inicio en el consumo de alcohol en población menor de edad se encuentra en España en 13.6 años (en ambos sexos) y el consumo semanal se produce cuando tienen 14.8 años. En población adulta la edad de inicio en el consumo de alcohol fueron los 17.4 años. La prevalencia de consumo es mucho más elevadas entre hombres que entre las mujeres en todos los grupos de edad (ENS, 2006).

En la Figura 2, se puede observar como el consumo de riesgo de alcohol por edad y sexo, es siempre mayor en hombres, llegándose a cuadruplicar en los mayores de 45 años, con respecto a las mujeres.

El consumo de alcohol precisa de un uso responsable por parte de la población, en especial en un país con una larga tradición cultural de consumo de alcohol, como es el nuestro. Por ello y además de la regulación legal del producto, es necesaria una política de educación en su consumo (en la familia, en los diferentes ámbitos educativos y en la sociedad) y de

intervenciones sanitarias adecuadas para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las consecuencias de su inadecuado uso como estilo de vida (Instituto de la Mujer, 2007).

Figura 2 - Consumo de alcohol con riesgo para la salud, según sexo y edad en España.



Fuente: MSPS :ENS, 2006.

A continuación se describe el último estilo de vida que se ha tenido en cuenta, dentro de los hábitos de vida más frecuentes y de mayor impacto para la salud, en la elaboración de esta investigación, que es la referente a los hábitos de sueño.

2.3.2.5- Hábitos de sueño.

La necesidad de dormir y descansar es universal en los humanos, siendo una conducta natural y periódica que consume aproximadamente un tercio de la vida de las personas y cuya privación origina la muerte en una a tres semanas (Santamaría, 2003). Dentro de las alteraciones del sueño, la más frecuente es el insomnio, que es la incapacidad para iniciar el sueño; así como las

dificultades para mantenerlo, la mala calidad en el dormir o la poca cantidad de tiempo que se duerme.

Las investigaciones aportan datos muy relevantes sobre la función del sueño y el bienestar físico y psicológico; en diversas revisiones sistemáticas se llegan a las siguientes conclusiones: alteraciones en la cantidad de horas de sueño (menos de 7 y más de 8 horas) se asocia con alteraciones físicas de la salud (Miró, Iañez & Cano-Lozano, 2003), aumenta el riesgo de desarrollar diabetes (Ayas, White, Al-Delaimy, Manson & Stampfer, 2003) y aumenta el riesgo cardiovascular (Ayas, Manson, Stampfer & Speizer, 2003); dormir menos de 4 horas o más de 8 horas se asocia con riesgo de muerte prematura (Kripke, Garfinkel, Wingard, Klauber & Marter, 2002; Kojima, Wakai, Kawamura, Tamakoshi, Aoki et al., 2000), con un aumento de la morbilidad psiquiátrica (Bixler, Vgontzas, Lin, Vela-Bueno & Kales, 2002); y se ha estudiado que el 90% de los pacientes con depresión presentan alteraciones en el sueño (Edge, 2010; Ohayon, 2009; Benca, 2005). La relación entre los accidentes laborales, de tráfico y el absentismo laboral asociado a las alteraciones del sueño, también han sido documentado (Deschamps, Olivares, de la Rosa, & Asunsolo, 2011; Godet-Cayre, Pelletier-Fleury, Le Vaillnat, Dinet, Massuel & Leger, 2006).

Analizando los hábitos de sueño con perspectiva de género, se evidencia que periodos normales del ciclo vital femenino como lo son la menarquía, la menstruación, el embarazo y la menopausia, se asocian a alteraciones en el patrón de sueño. En población adulta, las mujeres tienen mejor calidad de sueño (latencia del inicio de sueño más corta y eficiencia de sueño más alta), sin embargo se quejan más frecuentemente de problemas de sueño, los más importantes son la prevalencia de insomnio y de somnolencia diurna en un 58% frente al 43% que refieren los hombres (Regal, Amigo & Cebrián, 2009).

A partir de los datos recogidos en la ENS, se objetiva que la media de horas que duerme un adulto en España es de 7.38 horas, sin que se aprecie diferencias considerable con los datos recogidos desde 1993 (7.36 horas). Las mujeres duermen una media de 7.32 horas frente a las 7.38 de los varones (ENS, 2006).

En un estudio realizado para comparar los cambios en los estilos de vida en la población adulta española durante la década de 1993 a 2003, se evidenció que las mujeres comienzan a dormir menos que los hombres a partir de los 45 años y, la población que menos horas duerme son las personas mayores de 65 años, especialmente mujeres con poca actividad, con ingresos económicos bajos y residentes en comunidades como Madrid, Cataluña y País Vasco (Actis, Pereda & de Prada, 2004). También se ha verificado un incremento en los problemas de sueño en mujeres estudiantes en comparación con sus compañeros (Ling-Ling & Sheng-Ping, 2004).

En resumen, el sueño es otro de los indicadores por excelencia, del bienestar, la calidad de vida y del estado de salud general, a nivel individual y colectivo (Miró, Cano-Lozano & Buela-Casal, 2005).

Para poder tener un enfoque global sobre la salud física de los individuos, además de la salud autopercebida y la influencia de los estilos de vida, se hace necesario revisar los conceptos de número de enfermedades, número de visitas médicas y número de fármacos consumidos que se va a analizar a continuación.

2.3.3- Número de enfermedades o problemas de salud.

Como se ha podido observar en el anterior epígrafe sobre estilos de vida, las patologías, enfermedades o problemas de salud que se dan con mayor frecuencia en los países desarrollados, están estrechamente relacionados con los hábitos de vida. De esta forma, se ha producido un cambio cuantitativo de las enfermedades de carácter infeccioso (sarampión, tétano, difteria, etc.,) a las patologías no transmisibles y de carácter crónico (diabetes, hipertensión, obesidad, alteraciones cardiovasculares, etc.,).

Para poder hacer una interpretación adecuada de los datos sobre el número de enfermedades en la población española, es necesario conocer las diferencias por sexo en esperanza de vida al nacer, en poblaciones de mayor edad y especialmente la esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años.

A partir de los datos que aporta la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2009), la esperanza de vida al nacer de los hombres se sitúa en 78 años frente a los 84.4 de las mujeres, manteniendo el segundo puesto (junto a las mujeres francesas e italianas) en longevidad después de las mujeres japonesas. La esperanza de vida a los 65 años en los hombres españoles se encuentra en 17.7 años, estando en 21.7 años para las mujeres.

Pero el indicador esperanza de vida, no nos informa sobre la calidad de vida de las personas. Para ello, se debe utilizar el indicador esperanza de vida en buena salud, que nos proporciona datos sobre nº de años sin limitaciones funcionales o de discapacidad. La Esperanza de vida en buena salud al nacer para los hombres españoles se encuentra en 63.2 años y para las mujeres en 62.9 años. Y a los 65 años, los hombres tienen 10.3 años de esperanza de vida en buena

salud en relación a los 10 años que tienen las mujeres, de forma que un niño que naciera en España viviría el 81.2% de sus años en buenas condiciones de salud y una niña viviría el 74.8% de sus años en buena salud (INE, 2009).

En este contexto se observa que, aunque los hombres viven un menor número de años que las mujeres, éstos los hacen con mejor salud que las ellas. Estos datos son corroborados con los aportados por la ENS (ver tabla 2.2) sobre los porcentajes de patologías padecidas según sexo en la población española, donde se aprecia que todas las principales enfermedades crónicas diagnosticadas por un médico, son patologías de predominancia femenina.

Tabla 2.2 - Principales patologías crónicas diagnosticadas por un médico, en población \geq 16 años.

	VARONES (%)	MUJERES (%)
Dolor cervical y lumbar	19,2	30,4
Hipertensión	18,0	21,3
Alergia	14,6	17,9
Migrañas	5,8	17,2
Ansiedad, depresión y otros trastornos mentales	7,3	15,9
Asma	6,1	8,0
Diabetes	6,3	6,9

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España, 2009.

Dentro de la multitud de estudios realizados para explicar las diferencias en morbilidad entre hombres y mujeres, es importante que se evalúe si esta situación se debe a diferencias biológicas (p.e: el cáncer de mama es una patología casi en su totalidad femenina y el cáncer de próstata es exclusivamente masculina) o, si existe una vulnerabilidad biológica que predispone a un determinado sexo a padecer más patologías (p.e: las mujeres son más vulnerables a los

tóxicos que los varones, debido al metabolismo, absorción y excreción de tóxicos) (Valls-Llobet, 2006).

También se hace necesario valorar si esta morbilidad está asociada al ciclo vital (la menarquía, embarazo, parto, puerperio y menopausia, son procesos biológicos fisiológicos, que en muchos casos se patologiza y medicaliza); si es debido a las diferencias en cómo las mujeres y los hombres expresan sus problemas de salud (los modelos de comportamiento de género, evidencian que las mujeres tienen una mayor capacidad de reconocer y verbalizar molestias y que los hombres no expresan debilidad hasta que no existe enfermedad evidente) o incluso si en el ejercicio de la medicina, se infravalora determinados síntomas en la mujer, como la diferente sintomatología en las patologías cardíacas entre hombres y mujeres, o la sintomatología ferropénica presente en mujeres con valores normales de ferritina sérica, al tenerse en cuenta el valor normalizado en sangre para los hombres (Valls-Llobet, 2006).

Incluso se ha propuesto como importante, identificar si los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos se realizan de igual forma, en hombres que en mujeres, (como ya se ha comentado con respecto a las enfermedades cardiovasculares); impedir que ocurran sesgos de género en la atención sanitaria (se sobrediagnostique o infradiagnostique a un sexo con respecto a otro), debido a que lo que se ha estudiado como patrón de la enfermedad, está influenciado por los propios sesgos en investigación e incluso por los estereotipos que existen dentro del propio personal sanitario (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

El siguiente epígrafe se dedica al número de fármacos consumidos, muy relacionado con el número de problemas médicos aquí descrito.

2.3.4- Número de fármacos consumidos.

Según los datos recogidos por el Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010 sobre la facturación de recetas del Sistema Nacional de Salud, que recoge el número de envases dispensados en farmacias con cargo al Sistema Nacional de Salud, los medicamentos más consumidos durante los últimos años, en términos de cantidad, corresponden al grupo de los antihipertensivos seguidos de los hipolipemiantes, antiulcerosos, insulina y los antidiabéticos orales (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012), que como se puede observar, están indicados para patología crónicas relacionadas en su mayoría con estilos de vida poco saludables.

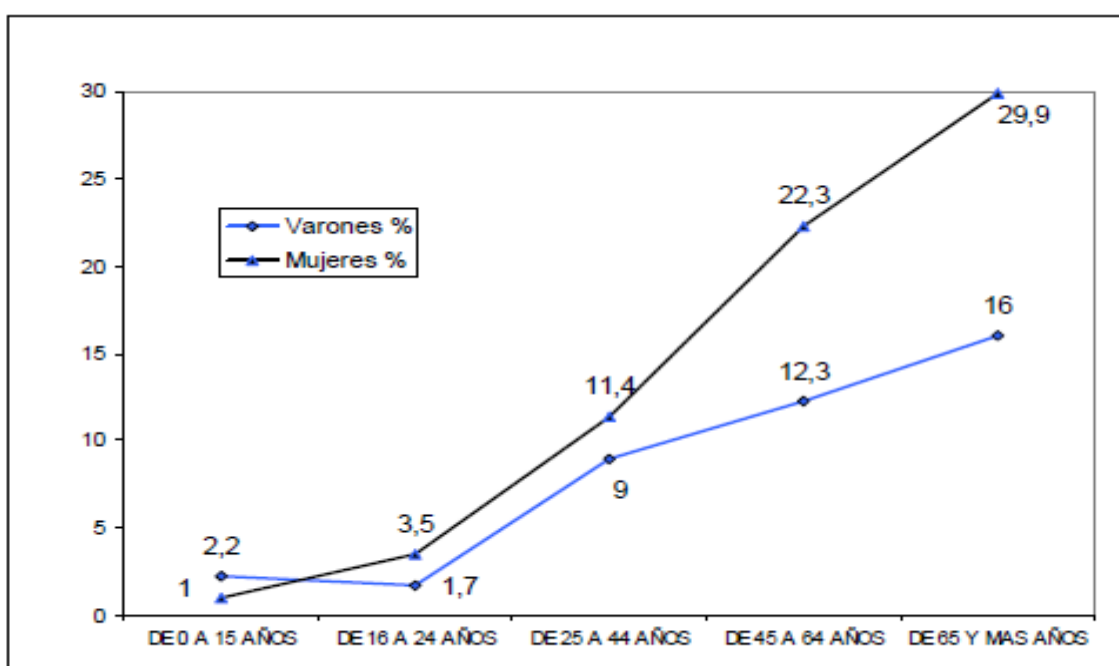
Las mujeres españolas de 16 o más años, consumen en todas las franjas de edad, más fármacos recetados que los hombres (61% en las mujeres frente al 46% en hombres) y son los grupos etarios más jóvenes (de 16 a 24 años: 34% en mujeres y 21% en hombres; de 25 a 44 años: 46% en mujeres frente al 31% en hombres), donde esta diferencia por sexo es más amplia (Encuesta Europea de Salud en España, 2009).

En este sentido, son datos congruentes con la peor percepción de salud de las mujeres en todas las edades, así como con la mayor prevalencia de patologías en las mujeres. Aunque también son datos que indican, que las mujeres que acuden más al médico cuando sienten malestar, se encuentran con un profesional sanitario, que comparte los estereotipos que existen en la sociedad sobre la mujer, con una imagen más pasiva, débil y de dependencia que para el hombre, de forma que ante situaciones inespecíficas, los médicos y médicas prescriben más fármacos a las mujeres que a los hombres (Farapi, 2009; Romo & Gil, 2006; Ruíz-Cantero &

Verdú-Delgado, 2004), e incluso, que ante diagnósticos y números de consultas iguales, la mujer recibe mayor cantidad de psicofármacos que los varones.

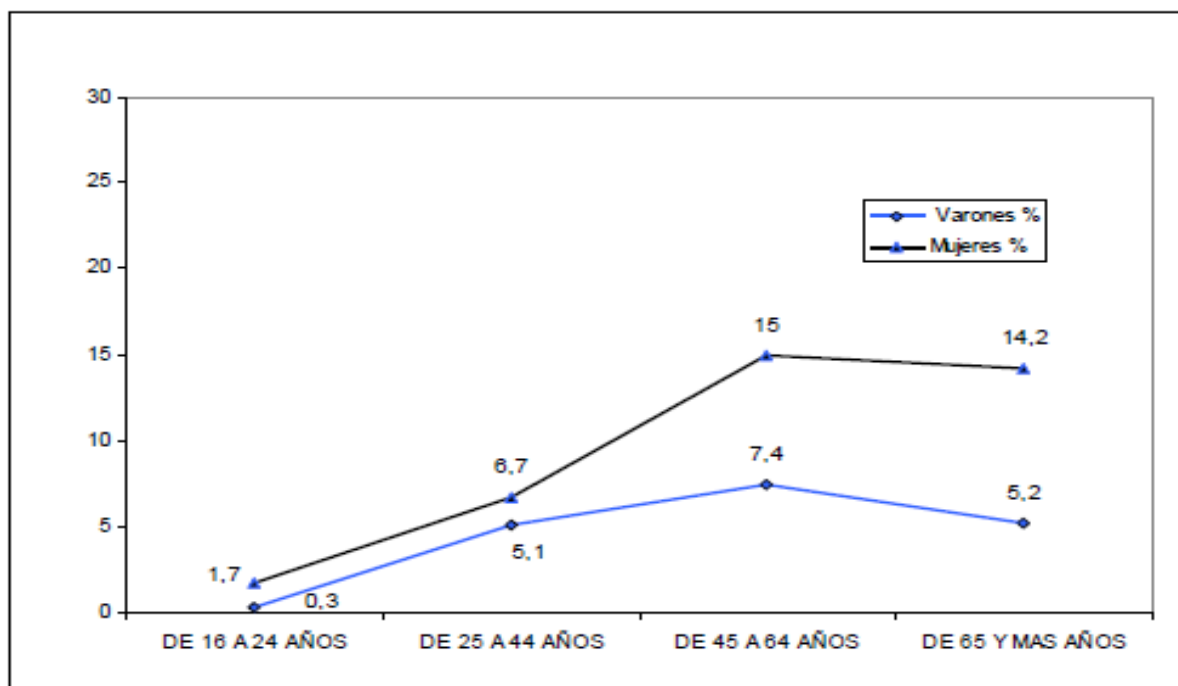
En España los datos de consumo de fármacos tranquilizantes, relajantes y medicamentos para dormir, se duplica en las mujeres \geq de 45 años con respecto a los hombres (ver figura 3), y en igual proporción para el consumo de fármacos antidepresivos y estimulantes en mujeres \geq de 45 años con respecto a los hombres (ver figura 4) (ENS, 2006).

Figura 3 - Porcentaje de consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir en las últimas 2 semanas sobre personas que han tomado algún medicamento.



Fuente: MSPS, ENS, 2006. Gráfico, Velasco, 2009.

Figura 4 - Porcentaje de consumo de fármacos antidepresivos y estimulantes en las últimas 2 semanas sobre personas que han tomado algún medicamento.



Fuente: MSPS, ENS, 2006. Gráfico, Velasco, 2009.

Así, la OMS ha alertado del incremento en el uso de psicofármacos, especialmente en mujeres, para mitigar problemas sociales, que con una adecuada asistencia sanitaria con perspectiva de género, podría encontrar soluciones reales al origen del problema y limitar la medicalización inadecuada (OMS, 2005). De esta forma se evitaría la profecía que se autocumple y que en Atención Primaria se ha denominado “círculo vicioso” y es que las mujeres están más expuesta a ser tratadas con psicofármacos, porque el personal médico las estudia como grupo de riesgo, situación que se ve reafirmada por los estereotipos de género que los propios profesionales tienen incorporados por el momento social e histórico en que viven.

2.3.5- Número de consultas médicas.

En España, las mujeres han acudido al médico de atención primaria en un porcentaje del 50%, frente al 29% de los hombres, siendo esta diferencia más notable en el grupo de mujeres de 25 a 44 años con respecto a los hombres (34% de la mujeres frente al 20% de los hombres) (Encuesta Europea de Salud, 2009). Estos datos se pueden interpretar como diferencias entre hombres y mujeres en el estado de salud o en los hábitos de consulta o en ambos. Si tenemos en cuenta que la causa más frecuente de ingreso en los hospitales de agudo del Sistema Nacional de Salud lo constituye el parto, puerperio y las complicaciones de la gestación, podemos entender que gran parte de las diferencias de consultas en las edades comprendidas entre los 25 y 44 años se deban a procesos relacionados con esta etapa del ciclo vital femenino, pero en el resto de grupos etarios los varones acuden más a los hospitales que las mujeres.

Además, se ha demostrado que por razones culturales y de género, las mujeres, están más predispuestas a reconocer la presencia de enfermedades y a buscar ayuda médica para solucionarlos con mayor prontitud y frecuencia que los varones, que si son coherente con el rol tradicional masculino, tienen que mantener una imagen de fortaleza con importantes prejuicios ante la vulnerabilidad, lo que dificulta que éstos se beneficien de los programas de prevención y promoción de la salud. Así existe el estereotipo que las mujeres se quejan por causas inespecíficas y que las consultas de los hombres se realizan cuando están realmente graves.

Los datos nos confirman que la mujer consulta más a los centros de salud y los hombres acuden o son derivados con mayor frecuencia al hospital. Como ya se ha tenido en cuenta anteriormente, también existe un sesgo de género en la atención sanitaria, de forma que es más

frecuente que ante los mismos síntomas, a un hombre se le derive a un centro hospitalario que a una mujer (OMS, 2005; Saarento, Räsänen, Nieminen, Hakko & Isohanni, 2000).

Por tanto se evidencia, una medicalización terapéutica y preventiva de la salud de las mujeres, que hace que éstas hagan mayor uso de los servicios sanitarios en atención primaria que los hombres.

2.3.6- Ritmos biológicos: Matutinidad/Vespertinidad.

Como ha sido demostrado en diferentes estudios (Dardante & Cermakia, 2007; Tankova, Adan & Buela-Casal, 1994; Sánchez-López, 1999) los hombres y las mujeres, como mamíferos que son, tienen un ritmo biológico que sigue un patrón circadiano (periodicidad próxima a las 24 horas) que a su vez controla la actividad biológica diaria y se expresa en la mayoría de los parámetros biológicos físicos, como son la secreción de determinadas hormonas, especialmente los niveles de cortisol y melatonina, la temperatura corporal, los ciclos de vigilia-sueño, etc., y también incide sobre variables psicológicas como los estados de alerta, ánimo y rendimiento. Los patrones circadianos son endógenos, tienen un componente hereditario y pueden ser modificados.

A partir de los estudios realizados en los campos de la Cronopsicología (estudio de los ritmos psicológicos) y de la Cronobiología (estudio de los ritmos biológicos), se han clasificados a los individuos en función de tres “cronotipos”: el “cronotipo matutino” que prefiere realizar las actividades durante la mañana, el “cronotipo vespertino” que prefiere la tarde y el “cronotipo indiferenciado o indeterminado” que no tiene una marcada preferencia hacia la mañana o la tarde (Adan, 1995).

La mayoría de las publicaciones encuentran que el cronotipo indeterminado es el que más frecuentemente está representado en la sociedad, aproximadamente el 60% de la población, con porcentajes que varían en los extremos, desde un 29% de matutinos y un 11% vespertinos (Fernández, Hinojal, Díaz, Sáiz, González & Bobes, 2003), un 22% de matutinos y 18% de vespertinos (Adan, 1992), a un 13% matutinos y 27% vespertino (Díaz-Morales & Aparicio-García, 2003). También se concluye de forma bastante homogénea que a medida que se envejece, se tiende a la matutinidad (Paine, Gander & Travier, 2006), excepto en la adolescencia donde los jóvenes son más vespertinos (Díaz-Morales & Gutiérrez, 2008).

La matutinidad y vespertinidad están asociadas con cambios en parámetros biológicos, entre ellos el ciclo sueño/descanso, la temperatura corporal (los matutinos adelantan en 2 horas las acrofases o picos de temperatura con respecto a los vespertinos) (Kerkhof, 1985) y los niveles de secreción de cortisol (también adelantados en los matutinos, de forma que tienen niveles más altos de cortisol al levantarse que los vespertinos) (Randler & Schaal, 2010), lo que puede explicar que los individuos más matutinos se encuentran más alerta y activos en las primeras horas del día, justo al contrario que los vespertinos.

La relación entre los diferentes cronotipos y la salud, vienen en gran medida modulada por la forma en qué está estructurada la sociedad y sus ritmos, de forma que lo habitual es que tras levantarnos comience nuestra actividad laboral, social y/o académica, por lo que los matutinos van a estar más adaptados a estos ritmos sociales. Está documentado que las personas matutinas tienen una mejor salud mental, puntuando más bajo en ansiedad, depresión y estando de mejor humor al levantarse (Rosagro, Crespo, Egea, Dones, Consuegra & Pozo, 2009; Díaz-Morales & Sánchez-López, 2008) y una mejor salud física (Randler, 2011). Los vespertinos, al tener desajustados sus horarios internos con los horarios del entorno, tienen más dificultades para

afrontar las demandas sociales, acumulan más sueño atrasado por lo que tienen más riesgo de accidentes (Giannotti, Cortesi, Sebastiani & Ottaviano, 2002) y, al preferir los horarios más nocturnos tienen asociado un mayor consumo de tabaco, cafeína y alcohol (Fernández-Mendoza, Ilioudi, Montes, Olavarrieta-Bernardino, Aguirre-Berrocal, de la Cruz-Troca & Vela-Bueno, 2010).

En el siguiente epígrafe se analiza la hormona del cortisol, que está relacionada con los ritmos circadianos de los individuos, y se describe las relaciones encontradas con el estrés.

2.3.7- Cortisol

El análisis de los niveles de la hormona cortisol en plasma, ha sido utilizada para la valoración objetiva de los niveles de estrés en los individuos y su relación con los índices de salud. Bajo situaciones de estrés físico y/o psicológico, se produce un incremento del cortisol (glucocorticoide más estudiado seguido de la dehidroepiandrosterona) en sangre, por estimulación del Sistema Nervioso Simpático y por activación del Eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (De la Banda, Martínez-Abascal, Riesco & Pérez, 2004).

El cortisol se secreta siguiendo un ritmo circadiano, se relaciona con la exposición a la luz y tiene su pico máximo en la hora posterior al despertar, independientemente del sexo o la fase menstrual de la mujer (Levine, Zagoory-Sharon, Feldman, Lewis, & Weller, 2007; Deane, Chummun & Prashad, 2002).

Está descrito que los niveles de cortisol son menores en las mujeres durante la época fértil (ya que éste disminuye bajo el efecto de los estrógenos) y una vez en la menopausia, se igualan a

la de los hombres, incrementándose en ambos con la edad. También está documentado que los niveles de cortisol al despertar son mayores en los individuos más matutinos que en los más vespertinos (Kajantie & Phillips, 2006).

Los incrementos en sangre de los niveles de cortisol por efecto del estrés se producen indistintamente en hombres que en mujeres, pero los factores que lo desencadenan son diferentes en ambos, así en las mujeres el aumento de esta hormona se produce en situaciones de conflicto interpersonal y en situaciones de estrés originados con el cuidado y el mantenimiento de las amistades, mientras que en los hombres son originadas como respuesta a amenazas percibidas, retos o luchas (Kudielka & Kirschbaum, 2005).

Aunque se espera que un mayor estrés percibido se relacione con un aumento en los niveles plasmáticos de cortisol, Harris, Ursin, Murison y Eriksen (2007) no encuentran relaciones significativas entre el cortisol y el estrés laboral, pero si con el incremento de consumo de café. Sin embargo, está documentado los bajos niveles de cortisol con altos niveles de estrés crónico y fatiga crónica en ambos sexos (Kumari, Badrick, Chandola, Adam, Stafford, Marmot, Kirschbaum & Kivimaki, 2009).

Una vez examinadas las principales variables que informan sobre la salud física de las personas, se analiza la vertiente psicológica de la salud, para cerrar el capítulo 2 dedicado a la salud.

2.4 – Salud Mental.

En la actualidad, la salud mental es uno de los indicadores principales de la calidad de vida de las personas y su entorno. La pérdida de salud mental tiene unas graves e inmediatas consecuencias, no sólo personales, sino también familiares, sociales, profesionales, laborales y económicas.

La OMS define salud mental como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2007). Esta valoración de la salud mental en positivo abarca las entidades de la autoestima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia de los individuos.

Dentro del epígrafe salud mental se va a analizar el estado de salud psicológico a partir del instrumento *GHQ-12* (*General Health Questionnaire*), el estrés laboral y la satisfacción laboral.

2.4.1.- *GHQ-12*

A pesar de la visión en positivo que utiliza la OMS para definir salud mental, la Encuesta Nacional de Salud en España (ENS, 2006), va acceder al estado de salud mental de la población a partir del instrumento *GHQ-12* (*General Health Questionnaire*) (Golberg & Williams, 1988) que es un cuestionario de detección de morbilidad psiquiátrica, validado en multitud de poblaciones, entre ellas la española (Sánchez-López & Dresch, 2008), y

ampliamente utilizado en investigación, con valores que oscilan entre los 0 puntos, como el mejor estado de salud mental a los 12 puntos, como el peor estado de salud mental.

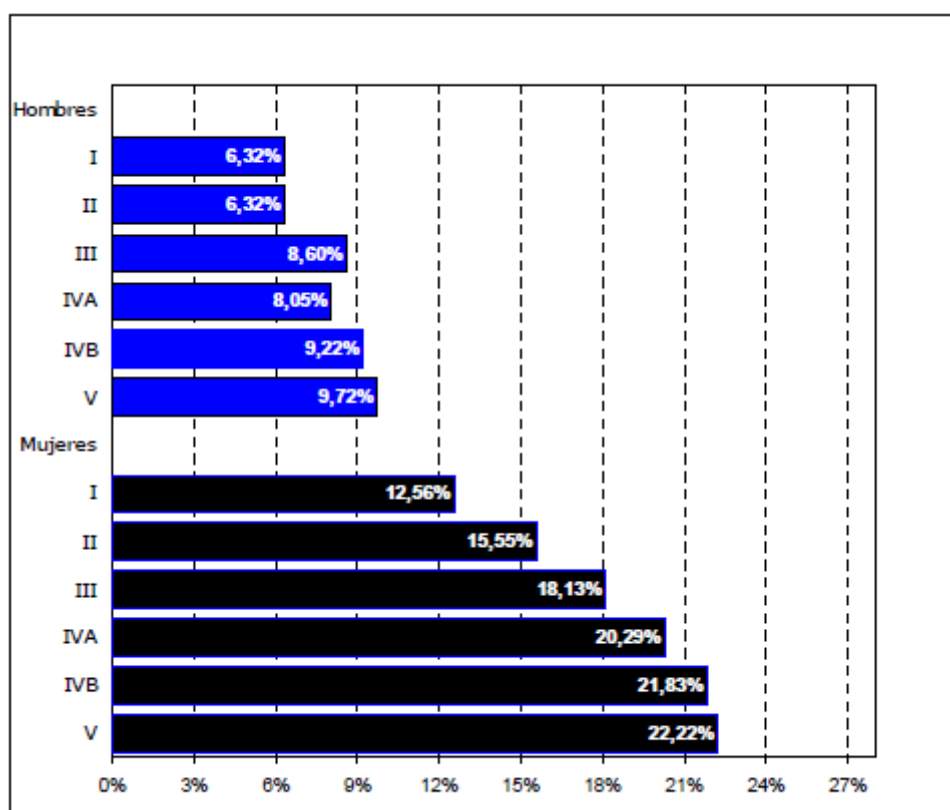
En España, el 21% de la población de 16 años o más refiere una mala salud mental, siendo casi el doble el porcentaje de mujeres que refieren una mala salud mental (27%) frente al porcentaje de los hombres (15%), en todas las franjas de edad, excepto en población de 4 a 15 años. La ENS arroja datos muy reveladores sobre el perfil de personas en riesgo de mala salud mental, y es el de una mujer española adulta, que aumenta con la edad, divorciada o viuda y de clase social baja; le siguen los hombres y mujeres jubilados/as y desocupados/as; en tercer lugar se encuentran las mujeres amas de casa; y en último lugar están las mujeres jóvenes y las mujeres adultas extranjeras (ENS, 2006).

Estos datos confirman los encontrados por el Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*, ESEMeD, 2000), que informa que el 23% de las mujeres frente al 16% de los hombres han padecido durante su vida alguna alteración en la salud mental (Haro, Palacin, Vilagut, Martínez, Bernal, Luque, Condon, Dolz & Alonso, 2006) y los evidenciados en diversos estudios, donde la mujer siempre presenta peores niveles de salud mental que el hombre (European Union, 2011; Rochá, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell & Obiols, 2011; Artazcoz, Cortès, Borrell, Escibà-Agüir & Cascant, 2011; Gispert, Rajmil, Schiaffino & Herdman, 2003; OMS, 2003).

Si comparamos España con otros países de su entorno, se objetiva que junto a Italia, la mujer española es la que presenta mayor riesgo de presentar una mala salud mental. Los autores que intentan explicar el porqué de estos resultados, llegan ineludiblemente al estudio de las variables psicosociales de vulnerabilidad a las que están expuestas las mujeres: desigualdades

socioeconómicas, socialización patriarcal que relaciona la mujer con la pasividad, dependencia y escaso control de sus vidas, procesos que producen sobrecarga mental como es el cuidado de los hijos y personas dependientes, las dobles y triples jornadas laborales, la violencia de género, etc., (Sánchez-López, López-García, Dresch & Corbalán, 2008; Landero & González, 2004; Alonso, Angermeyer, Bernert, Bruffaerts, Brugha, Bryson et al., 2004).

Figura 5 - Depresión, ansiedad y otros trastornos mentales en los últimos 12 meses por sexo y clase social. Población ≥ 16 años.



Fuente: ENS, 2006. Gráfico Velasco, 2009.

Nota: **I.** Directivos Ad. Pública y de empresas grandes. Profesiones titulaciones de 2º y 3º ciclo universitario. **II.** Directivos de empresas pequeñas. Profesiones titulación de 1º ciclo universitario. **III.** Empleados administrativo. Servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. **IV.** Trabajadores manuales cualificados. Trabajadores manuales semicualificados. **V.** Trabajadores no cualificados

Dentro de la morbilidad psiquiátrica que afecta a hombres y mujeres, se encuentran los trastornos mentales comunes, que acoge entidades como las alteraciones del estado de ánimo: depresión, ansiedad, distimia y fobias y, que como se observa en la figura 5, se dan en el doble

de proporción en las mujeres (19%) que en los hombres (8%) y en contraste, los trastornos mentales graves, que engloban patologías como la esquizofrenia, trastorno bipolar y el trastorno obsesivo-compulsivo, tienen una prevalencia del doble de casos en hombres que en mujeres (0.8% en mujeres y 2% en hombres), (Ricci-Cabello, Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño & Montero-Piñar, 2010; ENS, 2006; Alonso et al., 2004). También se han descrito mayores niveles de estrés en mujeres universitarias que en hombres universitarios (González & Landero, 2008; Nelson & Burke; 2002).

Tal es la magnitud del problema que la OMS alerta sobre la depresión como la principal causa de discapacidad a nivel mundial (OMS, 2011). En la línea de estos datos se encuentra el estudio realizado sobre ingresos hospitalarios en España debido a alteraciones mentales y cuyos resultados aparecen plasmados en la figura 6, donde se observa, como primera causa de ingreso hospitalario, las esquizofrenias y trastornos psicóticos, siendo estos predominantes en varones (63% de los ingresados son hombres), la segunda causa son los trastornos del estado de ánimo, con predominancia femenina (60% de los ingresados son mujeres) y la tercera causa de ingreso hospitalario es debida al abuso de sustancias como el alcohol, que tiene una alta incidencia en hombres (79% de los ingresados son hombres) (Soler, 2008).

Como punta de iceberg de la morbilidad psiquiátrica se encuentra el suicidio. La OMS en los datos aportados sobre salud mental en el 2011, alerta que cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo. En Europa la razón de suicidio según el sexo presenta una relación hombre/mujer de 3 (OMS, 2011).

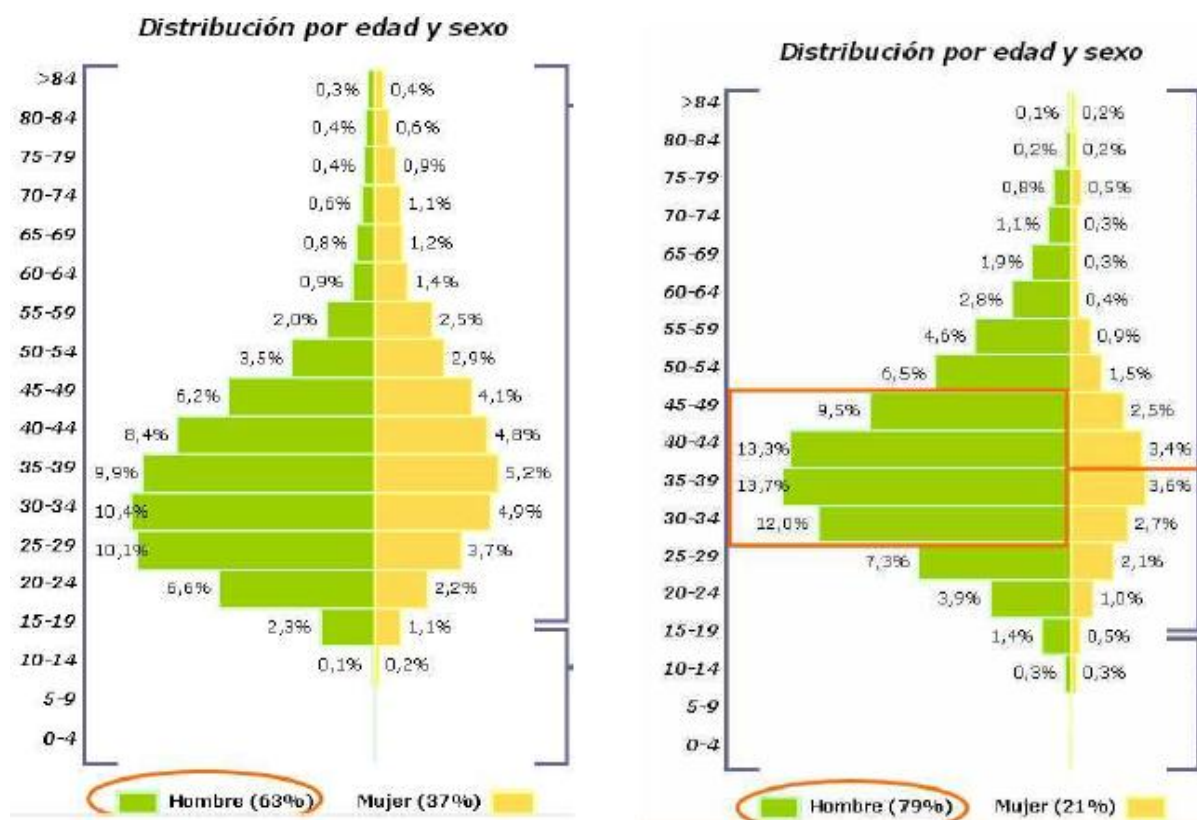
En España, la tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad (utilizando como estándar la población europea), se situó en 6.23 muertes por cada 100.000 habitantes en el año 2006,

triplicándose en el hombre (10 muertes por 100.000 habitantes) frente a la mujer (2.76 muertes por 100.000 habitantes). Los factores de riesgo asociados con el suicidio en población mayor son en primer lugar la presencia de enfermedades crónicas asociadas y llegar a un estado terminal de dicha enfermedad; en segundo lugar los trastornos psiquiátricos; en tercer lugar los conflictos o estrés en las relaciones interpersonales, seguido del aislamiento social, la soledad y el abuso de sustancias. El suicidio llegará a ser la décima causa más frecuente de muerte en el mundo en el año 2020 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Figura 6 - Ingresos hospitalarios por esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y por trastornos relacionados con sustancias. Ministerio de Sanidad y Política Social/IASIST, 2008.

Ingresos por Esquizofrenia y otros T. psicóticos

Ingresos por T. relacionados consumo sustancias



Fuente: Soler, 2008.

Todos los datos aportados hace reflexionar sobre como los factores relacionados con el género están determinando, que las mujeres presenten el doble de patología que el hombre en depresión y alteraciones del estado de ánimo, y el hombre presente el triple de patología relacionado con el consumo de sustancias, especialmente con el abuso del alcohol.

Es decir, la existencia de roles y estereotipos en la sociedad ligados al sexo, hacen que las enfermedades se distribuyan de forma desigual en las mujeres y en los hombres, la forma de experimentar la enfermedad y la forma de buscar ayuda es diferente, y hace que los datos desagregados por sexo, aportados por los estudios tengan que ser cuidadosamente revisados. Con la información obtenida se objetiva la importancia de la transformación social y personal en materia de género para obtener un buen estado de salud mental.

2.4.2.- Estrés y Satisfacción laboral

El estrés ha sido definido como "el proceso en el que las demandas ambientales comprometen o superan la capacidad adaptativa de un organismo, dando lugar a cambios biológicos y psicológicos que pueden situar a la persona en riesgo de enfermedad" (Peiró, 2005, p. 13)

El concepto de estrés fue introducido en el mundo de la medicina con los trabajos de Selye (1976), identificando la respuesta fisiológica al estrés en función de la activación del eje hipotálamo-hipofisoádrenal y del eje simpático-médulo-suparrenal, con la elevación de la secreción de glucocorticoides (cortisol, DHEA,...), y con cambios en el organismo para prepararlo a huir o luchar (aumenta de la frecuencia cardiaca y respiratoria, aumento del estado de alerta, liberación de ácidos grasos, etc.); si las situaciones de estrés se mantienen, se

producen entre otras, alteraciones como la hiperplasia de la corteza suprarrenal, la involución del timo y las afecciones del sistema digestivo (úlceras pépticas, diarreas, etc.).

La reacción homeostática del individuo ante situaciones vividas como estresantes, también fue descrita por Selye (1956) y se denominó “Síndrome General de Adaptación” (SGA), consta de tres fases: la primera es la Fase de Alarma, con la activación inmediata del organismo; la segunda es la Fase de Resistencia, con una respuesta a medio o largo plazo, donde el organismo tiene y utiliza una serie de recursos para solucionar la situación; y una tercera Fase de Agotamiento, donde desaparece la capacidad adaptativa y se evoluciona hacia la enfermedad.

En la actualidad, los individuos se enfrentan a situaciones de amenaza relacionados con el ámbito social, como son los problemas de pareja, los problemas laborales, hacer frente a situaciones de crisis económica, los conflictos con los hijos, etc., que hace que el organismo esté fisiológicamente preparado para una acción que no llega, al no ser éstos, problemas que se solucionen habitualmente con reacciones de huida-lucha. Así, queda documentado, como las personas al no poder controlar este tipo de estresores sociales y psicológicos tienen respuestas que pueden ser conductuales, psicológicas y fisiológicas con diversidad de síntomas psicosomáticos como la hipertensión, dolores musculares, migrañas, úlceras pépticas, insomnio, ansiedad, depresión y demás trastornos que disminuyen la calidad de vida de las personas (González & Landero, 2006; Sandín, 2003).

Con respecto al estrés laboral, se ha determinado que su origen es multicausal, desde la organización del trabajo, el medio físico en el que se realiza, las relaciones laborales con los compañeros, las relaciones con los superiores, etc., hasta situaciones ajenas al propio trabajo relacionada con la dimensión personal de cada individuo (Trucco, 2004)

Cuando los estresores son originados por el medio laboral, la exposición crónica de éstos puede derivar en un “Síndrome de desgaste” o *burnout* (Maslach & Jackson, 1982) que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización, disminución del sentido de realización personal y autopercepción negativa hacia uno mismo.

Según los resultados aportados por diversas investigaciones, los predictores más potentes para desarrollar el “síndrome de *burnout*” son: altos niveles de estrés laboral, insatisfacción laboral con el rol que desempeñan, problemas en las relaciones interpersonales en el trabajo, sentimiento de apatía y claudicación y no recibir un apoyo adecuado (Hare, Pratt & Andrews, 1988; Maslach & Jackson, 1982).

Como se ha señalado, la insatisfacción laboral es uno de los predictores con más peso en el origen del síndrome de estrés crónico laboral. De hecho, existe diferentes investigaciones que han analizado la relación entre estrés ocupacional y satisfacción laboral, encontrándose en todos ellos una relación inversa, es decir, a mayor estrés menor satisfacción en el trabajo (López-Araújo, Osca & Peiró, 2007; Marulanda, 2007; Packard & Motowidlo, 1987; McLaine & Murell, 1988).

Para evitar estas situaciones se han realizado estudios y editado guías con recomendaciones para ser implantadas en las diferentes áreas laborales, incidiendo en aquellos estresores más característicos según las particularidades de las diferentes ocupaciones. Así, la Agencia Europea de Salud y Seguridad (AESST), publicó un Plan de Prevención de Riesgos (recogido por la Sección sindical de la Unión General de Trabajadores, UGT) en el que propone tanto medidas colectivas como individuales: medidas específicas para prevenir factores específicos de estrés y definición y puesta en práctica de políticas antiestrés. De estas medidas caben

destacar: mejorar la organización, procesos, condiciones y entorno del trabajo; asegurar una buena adecuación entre el nivel de responsabilidad del trabajador y del control que tiene sobre su trabajo; clarificar los objetivos de la empresa así como el papel individual de cada trabajador; formar a la dirección y a los trabajadores con el fin de identificar el estrés -causas, consecuencias y modos de afrontarlos- y desarrollar técnicas de control del estrés individuales y colectivas (Comisión ejecutiva confederal de la Unión General de Trabajadores, UGT, 2006).

Una vez valorada la Salud según las dimensiones físicas y mentales que se recogen en esta investigación, en el siguiente capítulo se va a analizar el concepto de género, que ha sido referido como determinante del estado de salud de los individuos, se describen los instrumentos más utilizados para medir género en los hombres y las mujeres y, se analizan los estudios más relevantes sobre la relación entre salud y género.

Capítulo 3 – Género. Relación entre género y salud.

3.1- Orígenes de los estudios de género.

Los orígenes de los estudios de género se iniciaron con Simone de Beauvoir (1949) y a partir de su famosa máxima “la mujer no nace, se hace” visibiliza la mayor importancia de las condiciones sociales y psicológicas para el desarrollo de los individuos, que las condiciones biológicas características del sexo.

A raíz de esta propuesta filosófica, en los años sesenta y setenta del pasado siglo, académicas feministas anglosajonas, comienzan a divulgar el concepto de género, que proviene del término inglés *gender*. Su uso en ciencias sociales fue propuesto por el antropólogo John Money en 1955, que tras sus estudios sobre el hermafroditismo, crea el concepto de “papel/identidad de género” para describir como la sociedad asigna comportamientos diferentes a los hombres y mujeres (Money, 1985).

En 1968, Anne-Marie Rocheblave-Spenle lleva a cabo una serie de investigaciones en Francia y Alemania, con las que describe los roles y estereotipos de género para los hombres y mujeres. También en 1968 el psicólogo Robert Stoller, en sus trabajos con transexuales, propone utilizar el término “género” para designar aquellos componentes psicológicos y culturales que conforman lo que entendemos socialmente como mujer y hombre, mientras que el término “sexo” hará referencia a las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas que existen entre un hombre y una mujer.

La antropóloga estructuralista y feminista Gayle Rubin, establece un “sistema sexo-género”, desde el que evidencia que no sólo el sistema patriarcal sino las relaciones de poder y opresión que se dan también fuera de las estructuras familiares, por ejemplo en las relaciones laborales o

en las relaciones de amistad, son las que asignan los roles de género asimétricos y desiguales, imponiendo tareas a las mujeres que no son valoradas por la sociedad y creando así las relaciones de poder. Esta autora lo expresa de esta forma:

En alguna ocasión Marx preguntó: ¿Qué es un esclavo negro? Un hombre de la raza negra. Sólo se convierte en esclavo en determinadas condiciones... Podríamos parafrasear ¿Qué es una mujer domesticada? Una hembra de la especie. Una explicación es tan buena como la otra. Una mujer es una mujer. Sólo se convierte en doméstica, esposa, mercancía, prostituta o dictáfono humano en determinadas relaciones.” (Rubin, 1975, p. 96).

Así la finalidad de la creación de este nuevo concepto, será subrayar las diferencias entre hombres y mujeres haciendo hincapié en que estas diferencias son construidas social y culturalmente.

3.2- Situación actual de los estudios de género. Definición de género.

A continuación se hace una aproximación sobre como se entiende la relación sexo/género en la época contemporánea.

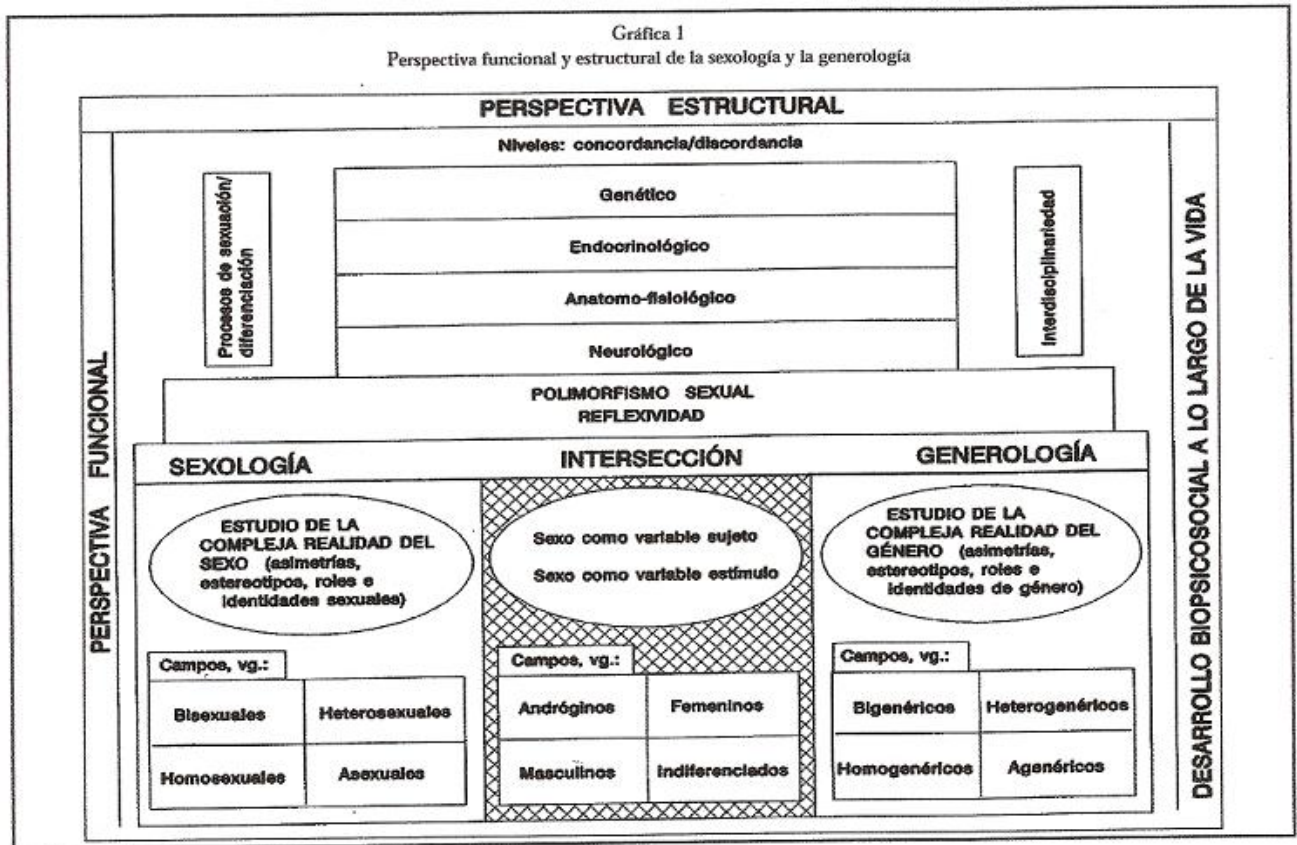
Con el desarrollo intrauterino de los individuos y debido a la carga genética y hormonal, se produce el nacimiento de personas que asignamos como mujeres, hombres o sujetos ambiguos, por lo que se debería de hablar de polimorfismo sexual, en vez de dimorfismo sexual con el que tradicionalmente se clasifica a las mujeres y a los varones (Fernández, 1996).

Bem (1974) define al hombre a partir de las dimensiones de instrumentalidad (con adjetivos como dominante, agresivo, independientes, asertivo, competitivo, ambicioso, etc.) y a la mujer con la dimensión de la expresividad (con adjetivos como comprensivo, complaciente, alegre, tímido, tierno, etc.); posteriormente Fernández (2004) y asumiendo como marco de referencia el modelo biopsicosocial a lo largo de la vida, observa que el individuo puede tener claro o no, cuál es su identidad sexual (ser mujer, hombre o ambiguo) y tener claro o no, cuál es su orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexual o asexual).

En relación a ambas propuestas Fernández (2000) describe una cuádruple realidad de género: sujetos bigenéricos (hombres o mujeres, que refieren puntuar alto en ambas escalas), sujetos heterogénicos (hombres que poseen alta puntuación en expresividad y baja en instrumentalidad, y mujeres con alta puntuación en instrumentalidad y baja en expresividad), sujetos homogénicos (hombres con alto grado de instrumentalidad y mujeres con alto grado en expresividad) e individuos agenéricos (los que refieren puntuar bajo en ambas escalas), quedando esta perspectiva recogida en la figura 7 (Fernández, 2000, p.8).

De forma que en el desarrollo psicosocial del individuo, entra a jugar “la reflexividad” con un papel crucial en materia de sexo/género, que hace que la persona tenga un doble itinerario vital: por un lado la compleja realidad del sexo, estudiado por la Sexología, vertebrado por los comportamientos de bisexuales, homosexuales, heterosexuales y asexuales (y que estudiará como aparecen y si se mantienen o no, los papeles, asimetrías, estereotipos o desigualdades sexuales); y por otro lado la compleja dimensión de género, estudiado por la Generología, que analiza las realidades que cada sociedad asume y entiende que son más específicas de un morfismo sexual que de otro.

Figura 7 - Perspectiva funcional y estructural de la sexología y la generología



Fuente: Fernández (2000).

Nota: La figura se ha copiado del original y no permite su colocación alineada con el enunciado.

Por tanto, las características del género vienen influenciadas por el sexo de las personas, pero como ya se analiza con mayor profundidad, muchas de las diferencias, especialmente en salud, vienen determinadas por variables como la edad, el estado civil, la orientación sexual, la clase social y el nivel educativo, el grupo étnico, etc., así como por el contexto político, económico y geográfico de las personas (Guzmán, 2009; Sánchez-López, López-García, Dresch & Corbalán, 2008; McCall, 2005).

Como se ha señalado, los análisis de género, requieren de un conocimiento de los estudios feministas sobre este campo, que fueron el caldo de cultivo para describir las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres. El desconocimiento de estas aportaciones hace que se

utilice de manera incorrecta e indiscriminada el término “género”, tanto en el ámbito académico e investigador (artículos, estudios, ponencias, etc.,) como en los medios de comunicación, donde se presentan datos desagregados por sexo sin hacer un estudio de cuáles son las posibles causas de estas diferencias, y utilizan el término género en sustitución al término “sexo”. También es frecuente el uso incorrecto del término haciéndolo equivalente a la palabra “mujer” (Esteban, 2006).

Teniendo en cuenta que no todas las mujeres son iguales entre ellas, ni los hombres son iguales entre ellos, las aportaciones de la metodología feminista al estudio del género y en especial a la relación de éste con la salud, ha contribuido a la búsqueda, detección y análisis de las diferencias y similitudes entre hombres y mujeres en salud, para identificar posibles desequilibrios y desigualdades entre sexos. De esta forma se utiliza el género como categoría transversal de análisis para entender el estado de salud y sus determinantes.

Con todo lo anteriormente expuesto, se procede a definir Género, como aquel constructo social que analiza las diferencias entre hombres y mujeres, que han sido aprendidas, que cambian con el tiempo, que presentan grandes contrastes entre las diferentes culturas y que sirven para estudiar las funciones, responsabilidades, limitaciones, oportunidades y necesidades de las mujeres y hombres en cualquier ámbito (Ruíz & Papí, 1998).

3.3- Modelos de género

Para poder analizar las relaciones entre género y salud, es necesario estudiar como la forma de socialización de los individuos (dependiendo del momento histórico, político, económico, etc.) y las propias características de las personas, hacen que las representaciones psíquicas de lo que

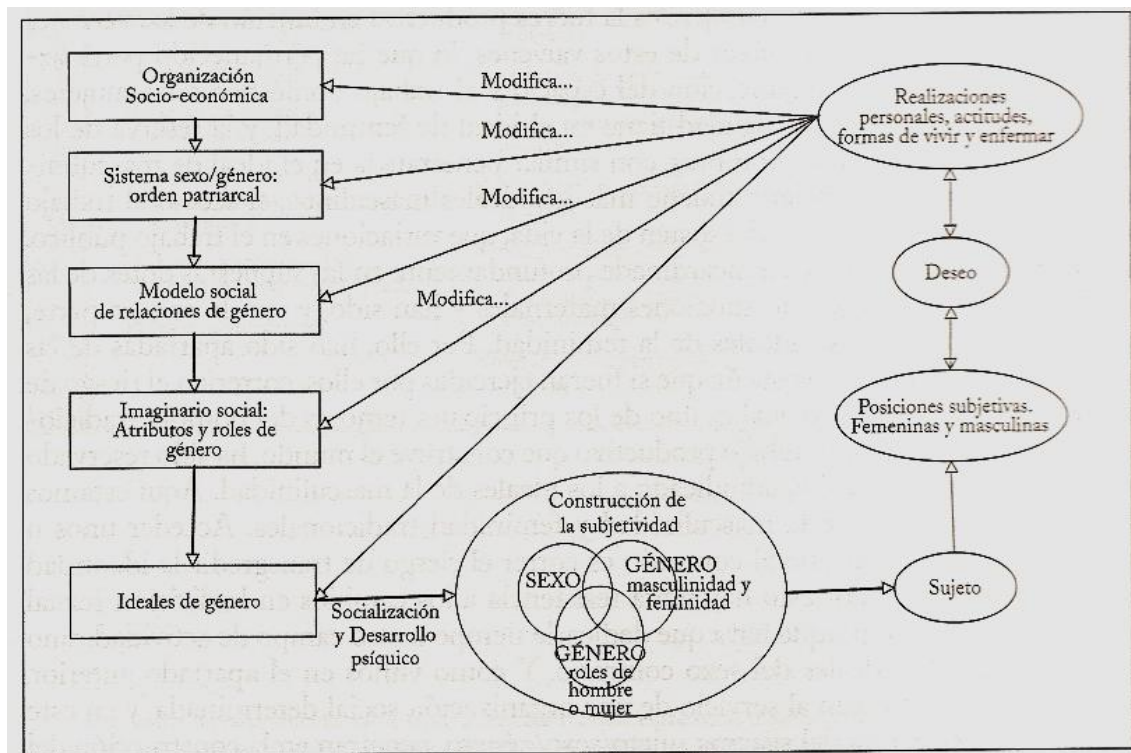
socialmente se atribuye al hombre y a la mujer, es decir, la masculinidad y la feminidad, puedan modular las relaciones con la salud.

Durante el proceso vital, cada individuo está sometido primariamente al condicionamiento biológico (ser niño, niña o ambiguo), lo que hace que ya intraútero y gracias a las técnicas de amniocentesis y de ecografías, se comiencen a asignar roles a la persona no nata. En cada momento histórico, la organización social ha establecido un orden de funciones y relaciones para el sexo femenino y masculino y a lo largo de la historia, el orden patriarcal ha sido el que ha mantenido y transmitido normas no escritas sobre cómo ha de ser un hombre y que papeles tiene que adoptar y cómo ha de ser una mujer y que roles tendrá que asumir. Por lo que el género, es un concepto sensible a los cambios sociales (Robinson, Shaver & Wrightsman, 1991).

Como explica Velasco (2009) durante la socialización de cada individuo y con el desarrollo psíquico individual, se interiorizan las posiciones de masculinidad y feminidad que están vigentes en cada sociedad y se incorporan al ideal subjetivo de cada persona, de forma que el individuo se desarrollará en un determinado contexto social, en función de esos ideales de género (ver figura 8).

Por tanto sería un error pensar en un género masculino y en un género femenino, sino que estamos frente a diversos modelos de género, que se definen mediante los roles, atributos e identidades de cada persona.

Figura 8. Dialéctica entre la organización social y la subjetividad



Fuente: Velasco (2009).

Nota: La figura se ha copiado del original y no permite su colocación alineada con el enunciado

En relación con lo expuesto, Velasco (2009) identifica cuatro modelos de género para la sociedad occidental contemporánea:

- A. **Modelo tradicional.** Basado en el orden patriarcal con la división sexual del trabajo. Relaciones jerarquizadas entre los sexos, cuyo núcleo es la familia jerarquizada. El hombre con el trabajo productivo, el poseedor de la propiedad, el dinero y por tanto del poder. Se construye el rol tradicional masculino (fuerte, activo, independiente, autónomo, etc.). La mujer relegada al espacio doméstico y al trabajo reproductivo que está estrechamente ligado con las funciones maternas y con los ideales del rol tradicional femenino (subordinación, abnegación,

dependencia, capacidad de sacrificio y entrega). La mujer es una propiedad más del hombre y siempre en una posición inferior a éste.

B. Modelo en transición. Parejas homosexuales o heterosexuales con multifuncionalidad desigualmente repartida. Así en la pareja heterosexual, el hombre mantiene su rol productivo y comienza a incorporar funciones domésticas, que al no ser remuneradas y socialmente no valoradas puede hacer dejación y no cumplir. También acceden a roles de cuidado de los hijos, rol tradicionalmente asignado a la mujer, por lo que pueden sentirse observados, cuestionados y desvalorizados por su entorno (pudiendo considerar que pierden poder ante la mujer), en este tránsito de los ideales tradicionales masculino. Los atributos de este hombre son los de fuerte, activo, superioridad relativa sobre la mujer pero también vulnerable, expresivo, sensible, seductor y amoroso. La mujer, sin abandonar las funciones del rol doméstico y maternal, se incorpora al trabajo productivo y se añade funciones sociales, de decisión sobre la educación de los hijos, sin poder evadir ninguna de las funciones nuevas ni de las antiguas si su compañero no actúa de forma corresponsable. El rol de la mujer en transición tiene atributos de ser fuerte, activa, seductora, manteniendo los valores tradicionales de entrega, cuidado y sostén. Son mujeres con dobles y triples jornadas laborales y con el importante obstáculo designado como “techo de cristal”, es decir, las dificultades externas e internas para poder seguir desarrollándose en el ámbito laboral. Este proceso de acumulación de roles y la coexistencia de ideales contradictorios pueden ocasionar problemas en las relaciones de pareja y de salud en la mujer y en el hombre.

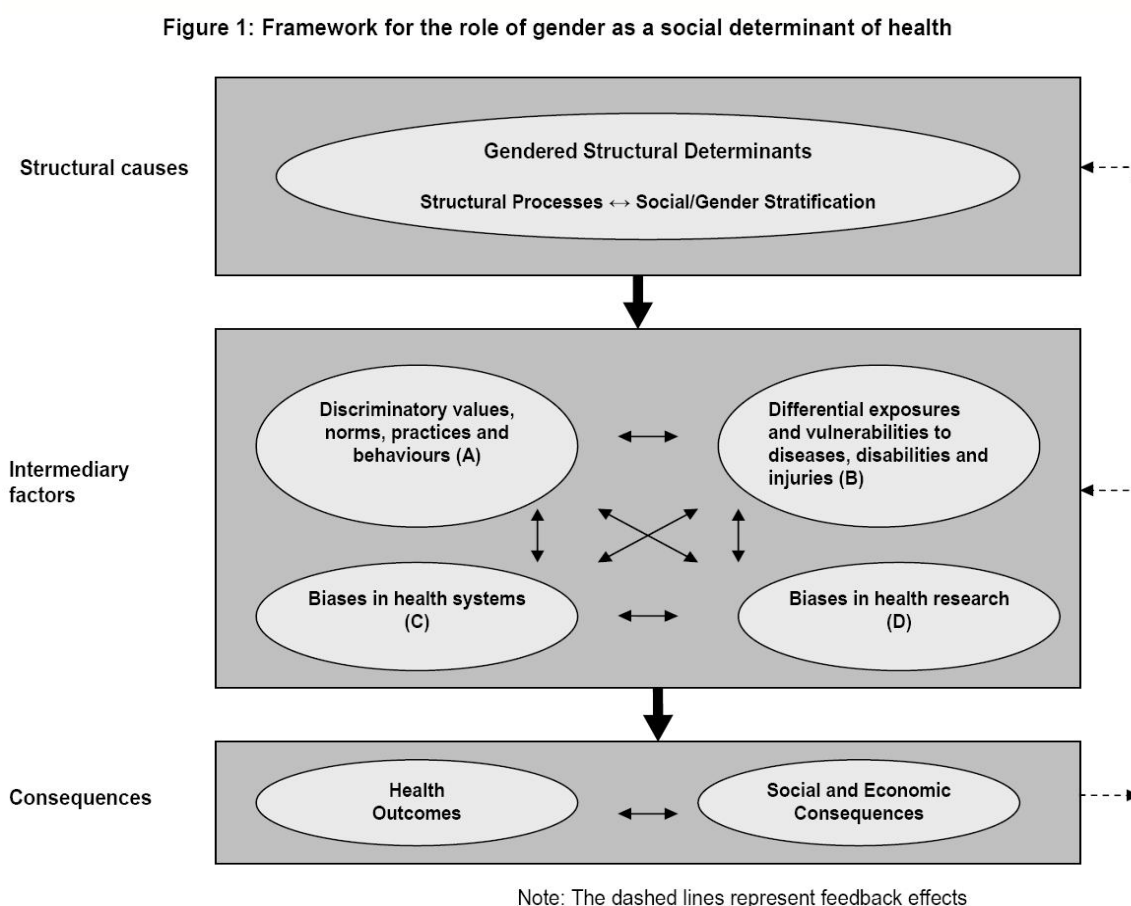
C. Modelo de género contemporáneo. Son las generaciones jóvenes socializadas en un contexto crítico contra la asignación de roles subordinadas a unas y de poder a otros. Los roles son multifuncionales e igualitarios entre los sexos, pero como los padres y madres de esta generación aún tuvieron una socialización tradicional, no se puede decir que las relaciones de género sean totalmente igualitarias. La diferencia por sexos que no aparece en los roles, se hace determinante en la imagen corporal. El ideal femenino de belleza es la delgadez, extravagancia, seducción, lo que la hace vulnerable a los trastornos de imagen, alimentación, hábitos tóxicos, cirugías estéticas, etc. Y el ideal masculino es la fortaleza y potencia sexual, lo que conlleva también a alteración en la imagen corporal, dietas, trastornos como la vigorexia, cirugías plásticas, etc. La exigencia e ideal social de ambos es el éxito profesional y la realización personal, de forma que uno de los fines de la unión es la cooperación para los proyectos individuales (la libertad individual y la satisfacción están por encima de la permanencia de la relación). Puede existir conflicto si aparece rivalidad y competitividad entre ambos.

D.- Modelo de género igualitario. Es un modelo utópico aún. Es el modelo con relaciones comprometidas y de igualdad entre los sexos en el ámbito doméstico y laboral. Esta pareja igualitaria, que incluiría personas de cualquier sexo y orientación sexual, describiría un modelo de protección para la salud, al estar eliminada la vulnerabilidad originada por las relaciones de poder.

3.4- Determinantes de género

En esta línea, los modelos sociales de género junto con los ideales masculinos y femeninos, son los “determinantes de género” que van a jugar un papel prioritario en el estudio de la salud de las personas. El informe coordinado por Sen y Östlin (2007), para la Comisión de Desigualdades Sociales de la OMS, identifica los determinantes de género como los responsables de las vulnerabilidades y riesgos para la salud, quedando este proceso recogido en la figura 9.

Figura 9 - Rol de género como determinante social de la salud.



Fuente: Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. CSDH, 2007

En consecuencia, por determinantes o condicionantes de género entendemos aquellas características dependientes del rol social, actitudes, creencias, división sexual del trabajo, identidad sexual, rol familiar, ciclo vital, etc., asignadas a hombres y mujeres por los modelos culturales de género. Esta cuestión aporta información para comprender cómo la construcción social de hombres y mujeres afecta al nivel de salud, a la expresión de los problemas de salud, a los modos de atención sanitaria y a la organización de los servicios y la distribución de los recursos (Velasco, 2008).

3.4- Instrumentos para medir género

En este punto, es necesario describir cómo se ha intentado medir género y cuál es el instrumento que se ha decidido utilizar en esta investigación.

Los comienzos para crear instrumentos que midieran género, a mediados del siglo pasado, se basan tradicionalmente en las medidas de masculinidad y feminidad, sin estar sujetos a ninguna teoría que pudieran sostener dichos constructos (Fernández, 1983). Estos instrumentos miden las diferencias psicológicas entre hombres y mujeres, basándose en un supuesto que no parecía permitir discrepancias: los sexos son “opuestos” entre sí, por lo que la masculinidad y la feminidad eran los puntos más extremos de un continuo. Ésta tesis recibe una dura crítica por parte de la psicóloga Constantinople (1973), que sostenía que las escalas debían basarse en una multidimensionalidad y no en la bidimensionalidad de la masculinidad del varón y la feminidad de la mujer.

En consecuencia, el modo en el que se ha conceptualizado y definido los términos de masculinidad y feminidad han llevado a la creación de inventarios o instrumentos contruidos

con el propósito de medir rasgos duraderos en la diferenciación de hombres y mujeres en apariencia, actitudes y conductas (Díaz-Lovira, Rocha & Rivera, 2004).

Tal y como explica Fernández, en la década de los cincuenta, sesenta y setenta del pasado siglo se comienza a gestar diferentes teorías sobre instrumentalidad (para medir masculinidad) y expresividad (para feminidad) (Fernández, 2011); y de entre todos los nuevos instrumentos creados, aparecen dos supuestamente mejores, basados en rasgos de personalidad: el denominado *Bem Sex Role Inventory (BSRI)*, creado por Bem, (Bem, 1974), este es un inventario del rol sexual, primer instrumento que evalúa estas dimensiones como medidas independientes, considerado como representativo de esta nueva generación de inventarios. El *BSRI* es un cuestionario de auto-informe, que contiene 20 rasgos masculinos y 20 femeninos. Los encuestados indican el grado en el que cada rasgo le describe, sobre una escala de 1 (Nunca) a 7 (Siempre). Este instrumento se construye en función de rasgos que se consideran normativos para los hombres y para las mujeres en una muestra de universitarios estadounidenses. Apoya la idea de que las personas pueden ser más o menos masculinas y más o menos femeninas, en tanto otras son andróginas, ya que poseen niveles equilibrados de ambas características.

Otro de los instrumentos para medir el rol de género es el *Personal Attributes Questionnaire (PAQ)*, que sostiene la independencia de la masculinidad y la feminidad frente al continuo bipolar (Spence, Helmreich & Stapp, 1974); fueron estos autores los que proponen utilizar la mediana de la escala *PAQ* para categorizar al sujeto como “femenino”, si puntúa por encima en la escala de Feminidad y por debajo de la escala de Masculinidad; como “masculino”, si puntúa por encima de la mediana en la escala de Masculinidad y por debajo de la mediana en la de Feminidad e “indiferenciados” a los individuos que puntúan por debajo en ambas escalas.

Baucom (1976) crea otra escala para medir la identidad de género, estableciendo que la masculinidad y la feminidad son vistas de acuerdo con los estereotipos culturales de estas dimensiones y no en rasgos de personalidad. El instrumento de identidad está conformado por dos grandes escalas: la MSC (masculinidad) que involucra la actividad, la asertividad, y el conjunto de actitudes y conductas orientadas al logro y, la FMN (feminidad) que involucra los aspectos relacionados con el sentido de responsabilidad y compromiso social. Se han descrito altas correlaciones entre la escala de Baucom y la de Bem.

En la actualidad, Mahalik y colaboradores crea los instrumentos *Conformity to Masculinity Norms Inventory CMNI*, (Mahalik et al., 2003) y *Conformity to Femininity Norms Inventory CFNI*, (Mahalik et al., 2005) que no están basados en la discapacidad social, sino que incorporan una perspectiva multidimensional del género, donde la masculinidad y la feminidad son entendidas como un conjunto de pautas de conductas, actitudes y creencias de carácter prescriptivo y que en gran medida no reflejan la derivación natural psicológica del dimorfismo sexual (Sánchez-López, Sánchez, Rivas, Cuellar-Flores & Díaz-Morales, 2009). Estas escalas han sido traducidas, adaptadas y validadas a la población española (Sánchez-López, Cuellar-Flores, Dresch & Aparicio-García, 2009; Cuellar-Flores, Sánchez-López & Dresch, 2011). Éste será el instrumento utilizado para medir género en esta investigación, que está descrito en profundidad en el capítulo que trata la metodología de la investigación.

Para finalizar este capítulo, se va a describir los estudios más relevantes en salud y género, sobre las investigaciones consultadas.

3.5- Relación entre Género y Salud.

La exposición realizada hasta ahora, ha mostrado la importancia de diferenciar sexo y género cuando se investiga las relaciones de éstas con salud. Y de hecho, a partir de los años 70 del pasado siglo, se puso de manifiesto la necesidad de identificar las diferencias en salud debidas al sexo de las relacionadas con el rol de género (Annandale & Hunt, 1990).

En materia de políticas sanitarias, uno de los objetivos prioritarios es la igualdad y equidad en los recursos de salud. Pero la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. De esta forma se busca analizar los sesgos de género en la investigación en salud, en el diagnóstico de patologías, en visibilizar la desigualdades por género a la hora de enfermar, los factores de riesgo que se asocian a estas desigualdades y finalmente cómo se realizan los esfuerzos en actividades preventivas, curativas y de rehabilitación con perspectiva de género (Valls-Llobet, Banqué, Fuentes & Ojuel, 2008; Rohlf, Borrell & Fonseca, 2000).

La OMS de forma reiterada (1988, 2002, 2007 y 2008) considera que no se trata de considerar a ambos sexos de la misma manera, sino de tener en cuenta las diferencias biológicas y sociales y las desigualdades en cuanto a roles, recursos y poder. Se trata de atender a las necesidades concretas de mujeres y hombres con el fin de alcanzar la igualdad de género.

Valls-Llobet (2006) explica la importancia de visibilizar las diferentes características de la enfermedad en cada sexo; así como la mayor vulnerabilidad de las mujeres a factores químicos ambientales debidas a las diferencias biológicas en la absorción, metabolismo y excreción de tóxicos solubles en grasa, lo que las hace más sensibles a patologías endocrinas, inmunológicas

y músculo-esqueléticas; estas circunstancias son parte de los motivos por lo que la prevalencia de las enfermedades sean mayores en mujeres que en hombres.

De esta forma, se va a diferenciar entre los estudios realizados que revelan las diferencias por sexo en las formas de enfermar y las causas de la mortalidad y, los estudios que han demostrado la relación entre el género y la salud de las mujeres y de los hombres. Es decir, que los problemas de salud no se distribuyen al azar y las diferencias biológicas son claramente insuficientes para explicar estas diferencias en salud, por lo que factores relacionados con el género son determinantes para el inicio, mantenimiento y evolución de las diferencias de salud entre hombres y mujeres (Terua, Longshore, Andersen, Arangua, Nyamathi, Leake et al., 2010; Bird & Rieker, 2008; Martínez-Benlloch, 2003; Sánchez-López, 2003).

Múltiples estudios reflejan que las mujeres presentan peores niveles de salud percibida, mayor número de enfermedades crónicas y un mayor número de consultas médicas que los hombres en poblaciones como la japonesa (Kondo et al., 2008), austriaca (Kirchengast & Haslinger, 2008), inglesa (Singh-Manoux et al., 2007), siria (Taghrid et al., 2007), española (Sánchez-López, Cuellar-Flores & Dresch, 2012; Borrell & Benach, 2006; Sánchez-López, Aparicio-García & Dresch, 2006), norteamericana (Case & Paxson, 2005) y argentina (López, Findling & Abramzón, 2006); peores niveles de salud mental (Rochá et al., 2011; Artazcoz et al., 2011; Matud & Aguilera, 2009; Gispert et al., 2003; OMS, 2003); mayor número de consultas médicas (ENS, 2006) y mayor consumo de fármacos (*Norwegian Institute of Public Health*, 2012; Encuesta Europea de Salud en España, 2009; Payne, Cho, Desmeules & Neutel, 2003; Eggen 1994). Por el contrario, está documentado que ser mujer es un fuerte predictor de conductas saludables (Lorber & Moore, 2002; Stocke, Wille & Krämer, 2001; Courtenay, 2000a, 2000b).

Sin embargo, cuando se realizan investigaciones que intentan explicar estas diferencias, aparecen datos como los del estudio de Sanfélix, Palop, Pereiró, Rubio, Gosalbes y Martínez-Mir (2008), cuyo hallazgo principal es que las mujeres no consumen un mayor número de medicamentos que los hombres, al ajustar esta variable con los problemas de salud y en relación con la frecuencia de las visitas médicas. Stordal, Krueger, Dahl, Krueger, Mykletun y Dahl (2001) contradicen lo que se ha encontrado habitualmente en los estudios sobre depresión en mujer, indicando que la prevalencia no es mayor que en los hombres y que en ambos sexos aumenta con la edad.

El metaanálisis realizado por Pinquart y Soerensen (2001), con 300 estudios empíricos sobre género y salud en personas ancianas, objetivan que si bien las mujeres presentan menores puntuaciones que los hombres en bienestar subjetivo, sólo el 1% de la varianza era atribuible a la variable sexo. Las investigadoras Sánchez-López y colaboradores (2005), en un estudio sobre salud física y psicológica, describen que la salud física de las mujeres de mediana edad está más relacionada con la salud psicológica que en los hombres, especialmente los altos niveles de ansiedad, que explican el 23% y 45% de la varianza en dolencias físicas y salud autopercebida, respectivamente; en este estudio se describe como el estatus laboral modula la relaciones entre la salud física y psicológica: si bien las mujeres tienen un mayor número de enfermedades crónicas y dolencias, consultan más al médico, presentan peor salud autopercebida y puntúan más alto en ansiedad que los hombres, no se evidencian diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de salud si son trabajadores/as, de forma que si se incluyen a las mujeres amas de casa, éstas son las que presentan peores resultados en salud. Por tanto el trabajo remunerado es importante para mantener una estabilidad física y psicológica.

Es conocido que el estado civil casada/o, debido a la funciones y roles de género tradicional y de transición, es un factor de riesgo para la salud de las mujeres, siendo un factor de protección para los hombres (Valls-Llobet, 1990; Arber, 1991). La división sexual del trabajo para la mujer, sentirse obligadas a asumir los roles de cuidado, desempeño de tareas domésticas, la dificultad o imposibilidad de desarrollo en el trabajo remunerado, la dependencia emocional y/o económica, la sobrecarga de roles, etc., pone en peligro la salud de las mujeres, especialmente en salud mental, donde la depresión es más prevalente en mujeres amas de casa, en personas de clases sociales más desfavorecidas y con menor nivel educativo (Rodríguez-Sanz, Carrillo & Borrell, 2005). Incluso la responsabilidad derivada del cuidado de los hijos y la forma en como se sienten culpables ante las enfermedades o fallecimientos de éstos, hace que las probabilidades de morir de una madre tras el fallecimiento de un hijo/a se multiplican por 4 en los tres años siguientes en el caso de las madres, siendo éste un porcentaje mucho mayor que en los padres (Li, Hansen, Moretnsen & Olsen, 2003).

Cuando se analiza la asociación entre masculinidad y salud, los estudios demuestran que un rol tradicional masculino está asociado con un mayor consumo de tabaco y alcohol (Sánchez-López, Cuellar-Flores & Dresch, 2012; Cuellar-Flores & Sánchez-López, 2011; Mahalik & Burns, 2011; Peralata & Cruz, 2006; Liu & Iwamoto, 2007; Artazcoz, Rodríguez-Sanz, Cortés & Cascant, 2005; Locke & Mahalick, 2005), este mayor consumo de alcohol también incrementa el riesgo de accidentes laborales y de tráfico (Obot & Room, 2005) y el de conductas sexuales violentas bajo los efectos del alcohol (Bedford & Hwang, 2011; Locke & Mahalick, 2005).

También se ha evidenciado la asociación entre masculinidad y un mayor consumo de drogas ilegales (*Center for Disease Control and Prevention CDC*, 2010; OMS, 2007; Liu & Iwamoto,

2007; Mahalik et al., 2003; Lash, Copenhaver & Eisler, 1998; Blazina & Watkins, 1996; Pleck, Sonenetein & Ku, 1994; Neff & Hoppe, 1992) y en general conductas de riesgo para la salud: relaciones sexuales sin protección, no usar los cinturones de seguridad y no hacerse revisiones de salud o no consultar cuando existen síntomas leves (Mahalik & Burns, 2011; Mahalik, Burns & Syzdek, 2007; Nobis, Sandén & Elofsson, 2007; *The Royal Australian College of General Practitioners*’ RACGP, 2006; Mahalik, Lagan & Morrison, 2006; Galdas, Cheater & Marshall, 2005; Mansfield, Addis & Mahalik, 2003; Lorber & Moore, 2002; Courtenay, 1998, 2000a, 2000b).

De hecho en una investigación reciente de carácter cualitativo, se evidencia que cuanto más tradicionales se perciben los hombres encuestados, menos hablan sobre su salud y, sólo se preocupan por ella cuando perciben malestar, no les preocupa beber alcohol o fumar y no creen necesario realizarse reconocimientos médicos sin tener problemas físicos que lo justifiquen (Verdonk, Seesing & Rijk, 2010).

Diversas investigaciones argumentan la correlación entre rol tradicional masculino y una mejor salud mental (Sánchez-López, López-García, Dresch & Corbalán, 2008; Cortés, Artacoz, Rodríguez-Sanz & Borrell, 2004; Seeman, 2000) aunque también existen publicaciones en población española que no evidencia la relación entre mejor salud mental e índices altos en masculinidad (Matud & Aguilera, 2009). Existe la línea de investigación que argumenta que los hombres no presentan menos porcentajes de depresión que las mujeres, y que los altos índices de suicidio y alcoholismo, apoyan el concepto de depresión masculina propuesto por Rutz, Wallinder, Konorring, Rihmer y Pihlgren (1997), donde la forma de manifestación está enmascarada por la agresividad, irritabilidad, expresiones de cólera y la dificultad en expresar verbalmente las emociones, es decir, existe diferencia en la sintomatología de una misma

patología entre hombres y mujeres, enferman de forma distinta debidas al rol de género y por las reticencias a consultar, las alteraciones mentales en hombres están infradiagnosticadas (Mahalik, 2011; Addis, 2011; Möller-Leimkühler, 2002). Un estudio que corrobora esta tesis, es el realizado en población hebrea ortodoxa, donde la religión prohíbe el suicidio y el alcoholismo, y en el que los hombres y las mujeres presentan las mismas tasas de depresión (Lowenthal, Goldblatt, Gorton, Lubitsch, Bicknell, Fellowes et al., 1995).

Los mayores índices en la frecuencia de actividad física también correlaciona con puntuar alto en masculinidad, en este caso tendría un efecto positivo para la salud si no fuera porque el objetivo es buscar unos mayores índices de musculación, lo que consideran que aumentan su *sex-apple*, en muchas ocasiones estimulados por la competitividad con otros hombres (Steinfeldt, Gilchrist, Halterman, Gomory & Clint, 2011; Mussap, 2008; Smolak & Murnen, 2008; McCreary, Saucier & Courtenay, 2005).

Y como se ha descrito anteriormente, en los hombres con rol de género tradicional o en transición (que no ejerzan corresponsabilidad en las tareas domésticas y en el cuidado), el estado civil casado es un factor de protección debido a que reciben por parte de sus parejas, apoyo emocional y ayuda para promocionarse en sus trabajos y un mayor reconocimiento social (Artazcoz, Cortès, Borrell, Escribà-Agüir & Cascant, 2011; Valls-Llobet, 1990; Arber, 1991).

A modo de conclusión se evidencia que los modos de socialización inciden directamente en las relaciones entre el género y la salud. Los hombres coherentes en su socialización con el rol tradicional masculino presentan conductas y hábitos de riesgo para la salud. Se sigue viendo con naturalidad que los hombres tengan una esperanza de vida más corta que las mujeres (la

biología sólo explica un pequeño porcentaje de esta causa), cuando esto es debido a estilos de vida modificables (el cáncer y las patologías cardiovasculares asociados al consumo de alcohol, tabaco, malos hábitos dietéticos, etc.).

En la construcción y exhibición de la masculinidad tradicional, las conductas de riesgo son la forma de confirmar y mantener la virilidad, de esta forma tiene una mayor siniestralidad en las carreteras por conducción temeraria, relaciones sexuales sin protección, la resolución de conflictos a través de la violencia física, no demostrar debilidades ni emociones, no pedir ayuda y no realizarse controles de salud. Dentro de los factores psicosociales que más afectan a estos hombres son los conflictos de pareja, incluyendo los divorcios, los duelos y los problemas laborales. Estas actitudes vienen dadas por la concepción del cuerpo masculino como invulnerable, a través de prácticas donde niegan tener necesidades, o dolor, o sentimientos de debilidad.

En cuanto a la parte femenina de la población, se ha descrito que las mujeres coherentes con el rol tradicional de género y aquellas que se encuentran en un rol en transición (sin la corresponsabilidad de sus parejas), presentan un mayor riesgo para su salud al soportar la sobrecarga física y afectiva del cuidado, el aislamiento en el espacio doméstico o las dificultades para el desarrollo y organización con el trabajo productivo, la posición de subordinación sujetas al ideal de feminidad pasivo, la dependencia emocional y/o económica, la falta de apoyo social, los conflictos de pareja, incluida la violencia ejercida por sus parejas o exparejas, la responsabilidad ante las enfermedades y/o fallecimientos de los hijos, etc.

Las circunstancias anteriormente descritas hacen que las mujeres puedan presentar mayor cantidad y variedad de manifestaciones somáticas (fibromalgia, fatiga crónica, colon irritable,

etc.) incluidos síntomas y dolor sin causa orgánica, por todo ello consultan más y tienen mayor riesgo de ser medicalizadas que los hombres especialmente con psicofármacos. Es decir, este tipo de socialización unido a los sesgos de género debidos a la atención clínica (de profesionales que no se han formado con perspectiva de género y tiene mayor dificultad para integrar tanto la demanda explícita con la implícita del la persona y/o que actúan bajo la influencia de los estereotipos de género), los sesgos tecnológicos (es decir, aplicar protocolos estandarizados por patologías y no por pacientes) y los sesgos subjetivos (los/las profesionales perciben a través de sus realidad psíquica, su subjetividad) que colocan a la mujer en una posición de riesgo para su salud.

En el siguiente capítulo se va a desarrollar el último de los tres grandes epígrafes de la contextualización teórica, la profesión de Enfermería, para terminar vinculándola con los dos capítulos anteriores, es decir, analizar las relaciones entre género y salud en los profesionales de Enfermería.

Capítulo 4.

**La profesión de Enfermería. Relación entre salud y género en los profesionales
enfermeros.**

Esta investigación está centrada en el estudio de las relaciones de salud y género en profesionales sanitarios, específicamente en las enfermeras y enfermeros de un hospital público madrileño, por lo que en esta Parte 1 de contextualización teórica, se hace imprescindible un capítulo para mostrar una parte de la realidad enfermera contemporánea en España.

4.1- Definición de la profesión de Enfermería.

Para poder comprender el proceso de creación de cualquier profesión en una sociedad es preciso realizar una revisión histórica de sus inicios y su posterior evolución hasta conformarse como tal.

El primer punto a tener en cuenta es constatar que se entiende por Enfermería y para ello se revisan varias definiciones; la que ofrece la Real Academia de la Lengua (RAE, 2010) que la define como “profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas”. En esta actualizada edición, podemos comprobar cómo se ubica a la profesión centrada exclusivamente en el cuidado y la atención al individuo (básicamente en la situación de enfermedad) sin autonomía profesional, al depender de unas pautas clínicas.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), como federación de las más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras y, como la primera y más amplia organización internacional de profesionales de la salud de todo el mundo (fundada en 1899), describe a la enfermería como “aquella profesión que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o

sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas”. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa de la salud, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en política de salud y gestión de los pacientes, los sistemas de salud y la formación continuada de sus profesionales (CIE, 2010).

En España, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003) define las competencias del profesional enfermero como:

- A. “La prestación personal de cuidados o servicios propios de su competencia profesional en las diferentes fases del proceso de atención de salud, sin detrimento de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso”.
- B. “La dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a promover, mantener y recuperar la salud, como también prevenir las enfermedades y discapacidades”.

A partir del Real Decreto 1231/2001, se aprueba en nuestro país, los estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería, describiendo en el artículo 54 las funciones de los profesionales como:

- A. Las funciones de la enfermera/o derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son

prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles.

B. Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.

C. Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por la enfermera/o en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.

Una vez descritas las definiciones más relevantes sobre la profesión, se desarrolla el epígrafe “Evolución de la profesión enfermera” con el objetivo de sintetizar el transcurso histórico de ésta.

4.2.- Evolución de la profesión de Enfermería

El proceso de desarrollo de la enfermería a lo largo de la historia tiene como piedra angular y esencial el cuidado y, cómo a partir de la evolución de esta disciplina científica, con un cuerpo teórico y práctico propio, se ha transformado de oficio a profesión. El inicio de la enfermería va unido al inicio de la humanidad; en todo momento histórico han existido personas incapaces de cuidar de sí mismas, por lo que ha habido personas que han realizado estos cuidados. Por tanto, en toda relación humana, los cuidados son un elemento básico y siempre que hay una necesidad, existen personas que van a cubrirla (Hernández, 1996).

El interés de esta investigación se centra en la situación actual de la profesión, pero se entiende necesario sintetizar el proceso de evolución de la enfermería española, que según Martínez y Chamorro (2011) y Hernández (1996), tiene cuatro etapas bien diferenciadas, partiendo de los relevantes estudios de la enfermera francesa Marie Françoise Collière (1930-2005):

A. **Etapla Doméstica:** abarca desde las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano. Los cuidados recaen sobre la mujer (dadoras de los cuidados maternos y de ayuda a los enfermos) en cada familia y su principal objetivo es el mantenimiento de la vida, a través de prácticas rituales, usando el agua, aceites y plantas para contrarrestar los efectos dañinos del ambiente. Como indican Siles y Solano (2007, p.3): “El rol socio-sanitario de la mujer en el contexto doméstico se ha mantenido durante milenios y es un antecedente de gran importancia para entender el proceso de profesionalización de la enfermería”.

B. Etapa Vocacional: se inicia con el Cristianismo hasta la época Moderna. En la etapa anterior apenas existe referencia escrita a los cuidados, con la implantación del Cristianismo, las mujeres (seglares y monjas) inicialmente y posteriormente los hombres (monjes) en las cruzadas, asumen las tareas de los cuidados. Estas mujeres se dedican al cuidado de los demás como mandato divino, como forma de conseguir el cielo, y asumen una forma de vida, basada en una estricta disciplina de obediencia, humildad y sumisión. Así lo describen Cutcliffe y Wieck (2008, p.506) donde: “la vocación es el incentivo y el servicio la única recompensa”

La creación de hospitales, regidos por órdenes religiosas, tenía como fin la atención de enfermos y pobres, cuyo eje central era ayudar, consolar y servir al prójimo. A pesar de constatarse que la prestación de cuidados era realizado mayoritariamente por mujeres, los manuales escritos sobre los cuidados, para el posterior aprovechamiento de otras/os cuidadoras/es, fueron realizados en su totalidad por los hombres, los monjes de los primeros monasterios (quienes tenían la posibilidad de estudiar y dejar legado escrito), dejando en evidencia la invisibilidad de la mujer y la denominación de “enfermero” como el individuo de administraba cuidados.

En el capítulo nº 27 del libro *De Officiis Ordinis Praedicatorum* escrito por Humberto de Romans en 1269, se define y describe pródigamente el oficio del enfermero y no así el de las enfermeras (Hernández, Gallego, Alcaraz & González, 1997).

C. Etapa Técnica: la época Moderna finaliza con la Revolución Francesa (1789-1799) y comienza la época Contemporánea, enmarcado en los siglos XIX-XX. Los movimientos sociales, la revolución industrial, los impresionantes avances en las

ciencias físicas y biológicas, el descubrimiento de los agentes causales de gran parte de las enfermedades que diezmaban la población europea y el hallazgo de la Penicilina en 1929, supusieron un hito histórico de la asistencia sanitaria.

En el siglo XIX aparecen dos corrientes bien diferenciadas que intentan por un lado, mantener a la enfermería dentro de un sistema religioso y por otro enmarcarla dentro de un sistema de preparación, remunerada y sufragada por el poder civil. Fue con la enfermera, escritora y estadista británica Florence Nightingale (1820-1910), con la que se finaliza la actividad enfermera empírica y vocacional. Por su importante estatus social y económico, su interés en modificar la atención hospitalaria, y su capacidad como gestora, estuvo en contacto con otras precursoras de la Enfermería moderna en Europa y creó en 1860 una escuela donde se enseñaba el arte de la Enfermería.

Las aportaciones que realizó a la Enfermería moderna se basan en ser la primera en iniciar la investigación y metodología enfermera, utilizar la estadística y la epidemiología y, en organizar, enseñar y escribir sobre la disciplina enfermera. Hay que indicar que a pesar de este importante avance, el ideario de Nightingale en la formación de futuras enfermeras, llevaba implícito una absoluta obediencia al médico y al enfermo el cuidado desinteresado de una madre. Este rol subordinado y sumiso de los cuidados, es una herencia que ha marcado profundamente el desarrollo cultural y profesional de la Enfermería (Coen, 1988; Zapico & Adrián, 2003; Medina, 2005).

Con la Ley de instrucción Pública de 1857, conocida popularmente como “Ley Moyano”, aparece en España la primera regulación oficial de la profesión, regulando la formación que se necesitaba para obtener los títulos de enfermera, matrona y

practicante. Esta formación era impartida en las 10 universidades que existían en España. En 1896 se crea la primera Escuela de Enfermería en Madrid, fundada por el Dr. Federico Rubio y Galí, denominada “Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría”; este médico vivió en Inglaterra en la década de 1860-1870, en calidad de embajador de España e intenta plasmar el proyecto de Nightingale en nuestro país (Hernández, 1996).

Estas primeras escuelas de Enfermería, siguieron las directrices marcadas por las precursoras de la Enfermería moderna en Europa, es decir, a partir de los ejes dictados por las escuelas inglesas de Nightingale y las alemanas de Kaiserwerth. La gran diferencia con las escuelas inglesas y alemanas se basa en que en éstos países la iniciativa parte de la Enfermería y en España la asume la Medicina, por lo que la formación a las enfermeras/os era impartida y acreditada por médicos (Hernández, 1996), y este será uno de los grandes lastres para el posterior desarrollo y autonomía de la profesión.

Aunque el temario teórico-práctico era básicamente el mismo para enfermeras y practicantes (modo con el que se denominó a los enfermeros), existían dos grandes diferencias: la primera era el enfoque asistencial de cada colectivo, las mujeres trabajaban en la atención hospitalaria y los hombres en la extrahospitalaria. La segunda diferencia eran los salarios que percibían por sus trabajos, donde se producía una importante discriminación en contra de las mujeres tanto en esta profesión sanitaria como en el resto de profesionales femeninas (cocineras, costureras, etc.). Los enfermeros y los practicantes se diferenciaban en función de la antigüedad, y las enfermeras estaban equiparadas en la práctica y en la nómina a sirvientas del hospital,

igualando en sueldo a la costurera y al portero. En la Tabla 4.1 se identifican los salarios del personal hospitalario a mediados del s. XIX en España (Carasa, 1985, p. 145).

Tabla 4.1 - Salarios del personal hospitalario en España a mediados s. XIX (en reales)

	Almería	Guadalajara	Valladolid
Director	-	3.300	3.000
Administrador	3.600	-	-
Capellán	2.190	1.460	1.825
Médico	2.190	2.000	1.100
Cirujano	2.191	2.000	1.500
Practicante	2.555	1.272	1.460
Enfermero	1.830	585	1.460
Enfermera	730	-	-
Cocinera	730	1.460	1.095
Costurera	-	-	1.460
Boticario	3.600	3.300	-
Celador	-	-	1.095
Portero	730	-	1.095
Dispensero	2.190	-	-

Fuente: Carasa (1985, p.145)

Las matronas tenían sus propias escuelas de formación, con temarios diferentes y asociadas a un hospital con maternidad, la pionera de la época en España fue la Maternidad de Santa Cristina en Madrid.

A finales del s. XIX con el movimiento feminista y la importancia del asociacionismo, se fundó el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en el año 1899, formado por una asociación de profesionales de cada uno de los más de 130 países que la conforman . Se

reúnen cada cuatro años en un país diferente, (Madrid fue la sede del CIE en 1993), para valorar el estado de la profesión, los problemas y nuevos retos que surgen en el desarrollo de la Enfermería (CIE, 2010).

Durante la Guerra Civil Española (1936-1939) y en los años posteriores hasta la reorganización de las estructuras del país, la formación de enfermeras, matronas y practicantes quedaron paralizadas y en muchos casos cerraron escuelas, lo que obligó a la formación acelerada en aquellas que quedaron abiertas e incluso a la utilización de voluntariado (cuya formación era asumida principalmente por la Falange Española Tradicionalista y por la JONS: Juntas de Ofensiva Nacional-Sindicalista). Esta situación provocó la coexistencia de grupos que bajo el nombre de enfermeras que asumieron tareas dispares como el “cuerpo auxiliar de damas enfermeras militares”, “enfermeras visitadoras”, “enfermeras de organización” y “enfermeras de guerra” (Santo Tomás, 1994).

Los estereotipos de género se asociaron al papel de la enfermería, igualando la administración de cuidados con las supuestas capacidades innatas de la mujer-enfermera y su papel de sumisión, abnegación y subordinación al hombre-médico lo largo de la historia. Esta situación se verá especialmente reflejada en la forma de ensalzar, (de las ideologías de ambos bandos durante la guerra civil española), la imagen ideal femenina en la de la enfermera recatada, uniformada, abnegada, con el denominador común de “ser para otros” (Siles, García & Gallardo, 1998).

D.- Etapa Profesional: con el decreto del 4 de Diciembre de 1953, se produce el primer paso para la profesionalización de la Enfermería con la unificación de los

estudios de enfermera encuadrándola en la titulación de Ayudante Técnicos Sanitarios (ATS). Se establece la necesidad de tener cursado los 4 años de Bachillerato para acceder a las enseñanzas teórico-prácticas de ATS (entre ellas las asignaturas de religión, moral profesional y formación política) con una duración de 3 años y en régimen de internado (sólo para las alumnas) (García & Martínez, 2001).

En esta etapa, cuidar al enfermo se convierte en cumplir adecuadamente las prescripciones médicas, de hecho el nuevo nombre impuesto de ATS, va en contra de las recomendaciones de la OMS para que se mantuviera la denominación de enfermera. De forma que así queda recogido en el manual de moral profesional para el curso de ATS que dice: “la enfermera no debe fiarse de su propio parecer y mucho menos anteponer su opinión a la de personas competentes. Menos aún a la del médico, superior suyo” (Juan-Rey, 1957. p.65).

La organización de las escuelas determina que el director fuese un catedrático de medicina, los profesores fuesen médicos y la formación práctica corriera a cargo de enfermeras con el nombre de “instructoras o monitoras”. Éste es el modelo de patriarcado que se incorpora con toda naturalidad a los servicios sanitarios, sin autonomía como profesión, sin cuestionamiento de que la enfermera del momento está totalmente supeditada al médico (Hernández, 2010).

En 1957 se regula la primera especialidad para las ATS que será la titulación de Matrona, con la ampliación del periodo formativo a dos años. El salto cualitativo en la profesión de Enfermería ocurre cuando el Ministerio de Educación y Ciencia, a partir del Real Decreto 2128/1977, integra las escuelas de ATS en las universidades.

Con el Real Decreto 111/1980 se dictan los cauces para la homologación del título de ATS a la nueva denominación del título universitario de Diplomado Universitario de Enfermería (DUE), que precisan de la superación del Curso de Orientación Universitaria (COU), para poder optar a los estudios universitarios. Este importante paso a la enseñanza universitaria ocurre 70 años después de la primera escuela universitaria de enfermería en EEUU (Hernández, 2010).

Será por tanto con la aprobación de la Ley de Reforma Universitaria (LRU) en 1983 cuando se recuperen las señas de identidad de la profesión, incluyendo la palabra Enfermería en la titulación, con una carga lectiva de 4600 horas distribuidas en 3 cursos académicos, con contenidos teórico-prácticos. Con esta ley se progresa en la autonomía de la profesión y en la identificación y profundización en el cuerpo de conocimientos propios de la Enfermería. Se regula la figura del enfermero como profesor universitario, que aún tendrá que competir con los profesionales con título de licenciado que tienen más posibilidades para investigar y acceder a las plazas de profesorado en las universidades.

A nivel internacional, aparecen los principales modelos teóricos de la disciplina, creados por Peplau (1952), Fray (1953), Henderson (1964), Rogers (1970), Watson (1970), King (1971), Orem (1980), Roy (1981), Neuman (1982) y Leininger (1991). Los elementos que configuran todos estos modelos teóricos son: el concepto de Individuo, el concepto de Salud, el concepto del Entorno y el concepto del Papel del Profesional de Enfermería. Estos modelos y teorías son la base del desarrollo científico de la profesión y del concepto de Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que es la herramienta metodológica de la enfermería para aplicar el método

científico, estando éste compuesto de cinco fases: valoración, identificación del problema, planificación, ejecución y evaluación (Alfaro-Lefevre, 2002).

Cualquiera de los modelos teóricos sobre la profesión se desarrollan desde una concepción holística del individuo. De esta forma la disciplina científica de la enfermería, a pesar de ser una profesión joven, se dedica al estudio y cuidado del individuo en relación con su entorno desde una perspectiva biopsicosocial y, está fundamentada en un amplio sistema de filosofías, teorías y modelos conceptuales que le conceden la entidad necesaria para un desarrollo autónomo de la profesión (Carpenito, 2003).

A partir de estas bases teóricas, se crean grupos de estudio que diseñan herramientas taxonómicas para unificar el lenguaje y la práctica enfermera, como el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, Internacional, 2010), el grupo para la Clasificación de Intervenciones Enfermera, *Nursing Interventions Classifications NIC* y el de la Clasificación de Criterios de Resultados, *Nursing Outcomes Classifications NOC* (Arribas, 2008).

De la misma forma lenta y paulatina, la Enfermería ha ido accediendo a la investigación, inicialmente realizada por las/os enfermeras/os docentes de las áreas universitarias y posteriormente se ha extrapolado a la práctica asistencial, con la difusión de los resultados en tesis, publicaciones, congresos, actas de reuniones, etc., como medio imprescindible para transmitir los conocimientos que conforman la ciencia de la enfermería (Arratia, 2005).

La práctica en gestión es también relativamente reciente, al ser incorporada como asignatura en los planes de estudio de la diplomatura. A partir de este desarrollo se crea en 1985, los órganos

de dirección de Enfermería (director/a, coordinador/a y supervisor/a de Enfermería), siendo una de las medidas que mejor simboliza la proyección de la enfermería como grupo profesional de identidad propia en el mismo nivel que las direcciones médicas, con dependencia directa de la gerencia de los centros. Así como la inclusión de los profesionales enfermeros en las políticas sanitarias (Hernández, 2010).

Finalmente con la adaptación de la enseñanza universitaria al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), a través del RD 1393/2007, se homogeniza académicamente los estudios de enfermería con la mayoría de las carreras universitarias. En España consiste en tres niveles: grado de enfermería de 240 créditos, en 4 años; máster de 1 año y doctorado. Se mantienen y amplían las especialidades de enfermería, tras superar un examen general de la carrera y un proceso formativo (de 2 años) del enfermero/a interno residente (EIR) en las unidades docentes acreditadas (Martínez & Chamorro, 2011).

Para finalizar la descripción del profesional de enfermería, podríamos decir que es un profesional universitario cuyo eje central es el cuidado del individuo y la salud comunitaria desde una perspectiva holística, con competencias y prácticas clínicas basadas en la metodología y evidencias científicas, con funciones autónomas e interdisciplinarias en la asistencia, docencia, investigación, gestión y administración y todo ello sin escatimar esfuerzos para unificar ciencia y humanidad, empatía, calidez y calidad en los cuidados.

La Enfermería no es un oficio que se base en la tradición, el voluntarismo, el cuidado maternal abnegado o la intuición. No es una profesión auxiliar del médico, sino que ambas son dos titulaciones universitarias facultativas, que trabajan de forma interdependiente entre ellas y con otros profesionales.

4.3.- Demografía de la Enfermería española

A continuación vamos a describir la situación de la profesión desde un punto de vista cuantitativo.

La fuente oficial para conocer los datos sobre profesionales enfermeros/as en nuestro país es el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011), que a su vez se nutre de los datos aportados por los colegios provinciales sobre la base de sus colegiadas/os. Los últimos datos publicados son del año 2011, referente al nº de colegiados/as a 31 de Diciembre de 2010 (es obligatoria la colegiación y podrán prestar sus servicios tanto para el Sistema Nacional de Salud como para la sanidad privada). Se aportan los datos sobre enfermeras/os generalistas y el de las tres especialidades de la profesión enfermera que estaban recogidos como categoría profesional en el SNS (Sistema Nacional de Salud) en esa fecha.

Tabla 4.2 - Clasificación del personal de Enfermería en España según sexo.

	Nº Enfermeras/os	Nº Matronas/es	Nº Enf. Salud Mental	Nº Enf. Salud Laboral
	262.915	7.580	399	143
% Mujeres	83,6%	93,81%	90,73%	87,73%
% Hombres	16,4%	6,2%	9,27%	12,27%

Fuente: INE, 2011.

Como se puede apreciar la profesión de Enfermería es una profesión mayoritariamente realizada por mujeres, siendo la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) la que mayor porcentaje de féminas tiene en sus filas.

Con los datos aportados por el INE (2011) sobre las estadísticas de las mujeres sanitarias en España, se evidencia un aumento en la última década de un 80% a un 83% de profesionales enfermeras mujeres, por tanto los hombres parecen sentirse cada vez menos atraídos por esta profesión. Este porcentaje es aún menor en países como Inglaterra, EEUU y Canadá donde los enfermeros ocupan únicamente el 5-10% de las plantillas de profesionales de la enfermería (Mullan & Harrison, 2008) y apenas anecdótico en países como Taiwan con un 0.8% (*The National Union of Nurses Associations, Republic of China, 2008*).

El porqué existe esta diferenciación entre lo que se considera una carrera masculina o femenina, ha sido motivo de estudio de la Sociología y una de las conclusiones que ofrecen es la distinción entre los campos del cuidado y los de la provisión. Así la mujer optaría por carreras dirigidas hacia los otros: enfermería, magisterio, psicología, trabajo social, etc. y los hombres hacia carreras relacionadas con el control del entorno social y natural, como las ingenieras, economía, informática, políticas, etc. Es decir, las tres carreras más feminizadas, enfermería y enseñanza infantil y primaria, reproducen el rol de cuidados de la mujer en el ámbito doméstico al ámbito laboral (Izquierdo, 2008). De esta forma, la sociedad etiqueta los estudios de enfermería como estudios propios de mujeres y por tanto es difícil superar la división sexual del trabajo. Como se desarrolla posteriormente, los medios de comunicación mantienen este estereotipo de género con respecto a las/os profesionales de enfermería.

Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009), la profesión de enfermería con su 83,7% de mujeres y con un profesorado mayoritariamente femenino (el 67,8% de profesoras), tiene ocupados los puestos de mayor rango por hombres: el 100% de los titulares de universidad y el 60% de las cátedras de las escuelas universitarias. En este mismo informe, describen que por término medio, en las profesiones de ciencia de la salud, una mujer de cada

8,5 titulares llegará a ser catedrática mientras que lo consigue uno de cada 2,3 hombres. Esto mismo ocurre en los puestos de poder visibilizados por las Direcciones de Enfermería, la dirección de los Colegios de Enfermería (de los 8 colegios, sólo 1 está dirigido por una mujer) e incluso en el sindicato mayoritario de la profesión (SATSE), donde existe mayor presencia masculina y donde su director es hombre.

En resumen, en una profesión con una proporción de mujeres entre sus profesionales tan importante, se observa que los enfermeros llegan en mayor proporción a los puestos directivos que sus compañeras (Tracey & Nicholl, 2007).

Para conocer los niveles de presión asistencial utilizaremos los datos aportados por el Informe sobre profesionales de cuidado de enfermería realizado por el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad de España (2009), referidos exclusivamente a los profesionales que trabajan en el Sistema Público de Salud. El Sistema Nacional de Salud contaba con 336,6 enfermeras/os por 100.000 habitantes y 22,9 matronas por 100.000 mujeres.

Tenemos que resaltar la importante variabilidad entre las diferentes comunidades Autónomas de España, de forma que las que obtienen peores ratios en Sanidad Pública son Cataluña con 218,9 enfermeras por 100.000 habitantes y 17 matronas por 100.000 mujeres y Andalucía con 258,86 enfermeras por 100.000 habitantes y 19,5 matronas por 100.000 mujeres. Y los que tienen los mejores ratios son Aragón con 508 enfermeras por 100.000 habitantes y 30,86 matronas por 100.000 mujeres y Navarra con 469,6 enfermeras por 100.000 habitantes. Estos datos ponen en evidencia el principio de equidad en que se basa el Sistema Nacional de Salud Público (Ministerio Sanidad Políticas Social e Igualdad, 2009).

En España, si tenemos en cuenta la media de profesionales de enfermería que trabajan en ambos sectores (público y privado) tenemos una proporción de 531,83 enfermeras/os por 100.000 habitante, cuando la media europea en 2007 era de 808,5 enfermeras/os por 100.000 habitante, es decir, un 34,2% menos que la media europea. Según los datos aportados por este estudio, España se sitúa en el nº 22 de países en el ratio enfermera/habitante, superado sólo por los países de Grecia, Bulgaria, Portugal, Rumanía y Chipre que presentan peores ratios (Consejo General de Enfermería, 2007).

Teniendo en cuenta que el Servicio Nacional de Salud español es reconocido como el 7º mejor del mundo, se evidencia la excelente calidad de los cuidados administrados por unos profesionales de enfermería que se encuentran con una importante discriminación numérica en comparación con los profesionales de países de su entorno (Consejo General de Enfermería, 2007).

Otro dato importante a tener en cuenta es el ratio de las/os enfermeras/os en relación con otros profesionales. Así, en el SNS se contabiliza un ratio de 1,75 enfermeras/os (incluidas las especialidades) por cada auxiliar de enfermería, un ratio de 1,45 enfermera/o por médica/o y un ratio de 0,95 matronas/es por ginecóloga/o (Ministerio Sanidad Políticas Social e Igualdad, 2009). Estos datos vuelven a posicionar de forma muy negativa la enfermería española, con respecto al resto de países de la Unión Europea, donde el porcentaje de médicas/os en relación con las/os enfermeras/os es del 29,03% en Europa frente al 45,58% en España y un 70,97 % de personal de enfermería en relación al personal médico en la Unión Europea en contraste con el 54,42% que existe en nuestro país (Consejo General de Enfermería, 2007).

Es llamativo que el informe realizado por el Ministerio de Sanidad con datos a 31 de Octubre de 2009, “Informe sobre profesionales de cuidado de enfermería: Oferta-Necesidad 2010-2025”, sea el primer análisis oficial que se realiza en España sobre estos profesionales y determinen que no disponen de los estándares de necesidades de Enfermeras Generales ni de Enfermera Especialistas para estimar las necesidades para el periodo 2010-2025. Aunque lo realmente sorprendente es que en este informe se redacte el siguiente párrafo: “Actualmente en España no disponemos de estándares de enfermeras de Cuidados Generales y desconocemos el impacto, así como las competencias y responsabilidades que deben asumir las enfermeras especialistas que se están formando en nuestro sistema o que pueden acceder al título de especialista por los procedimientos extraordinarios contemplados en la normativa vigente” (Ministerio Sanidad Políticas Social e Igualdad, 2009. p 131). Es decir, desde el Ministerio de Sanidad no se conoce el Real Decreto que regula las competencias y formación del Grado de Enfermería y de las especialidades de esta profesión.

También es reseñable que desde este informe se extrapole que el incremento que estiman de 226.914 enfermeras/os del 2009 con una ratio de 1,4 enfermeras/os por médica/o a 241.594 y una ratio de 1,54 enfermeras/os por médica/o para el 2025, sea suficiente para paliar la que reconocen que es una media inferior a la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico); indicando que además el INE estima un incremento en las necesidades de salud de una población con una alta tasa de envejecimiento (Ministerio Sanidad Políticas Social e Igualdad, 2009. p 132).

La descripción realizada se une a la precaria situación de las plantillas del personal de enfermería y al escaso reconocimiento de la profesión por parte de las más altas autoridades en competencias de salud de nuestro país (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad) cuyos

efectos se suman a la actual crisis económica, lo que está agravando críticamente las condiciones de trabajo del personal sanitario (reducción del número de efectivos, incremento de la jornada laboral y continuas reducciones de los salarios).

Ante tal situación se ha realizado un estudio sobre “La percepción de la crisis por parte del profesional de enfermería” realizado en Mayo del 2012 por el Observatorio Sanitario del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería, en base a 3.180 entrevistas de empleados del SNS cuyas primeras conclusiones describimos por ser de gran trascendencia y por ser un reflejo del sentir de la profesión:

- A. El 90% de los profesionales ven afectados su nivel de motivación con las medidas impuestas.
- B. El 86,6% de las enfermeras/os creen que la situación económica repercute en los medios disponibles.
- C. Sólo 1 de cada 10 profesionales cree que estas medidas son acertadas y eficaces.
- D. 2 de cada 3 profesionales considera “nada” justas estas medidas.
- E. El 76,4% opina que estas medidas influyen en su relación con el resto de profesionales.
- F. El 84% opina que estas medidas influyen negativamente a la calidad asistencial y el 70,8% responden que afectan en su relación con los pacientes.
- G. El 64% indica que estas medidas les están afectando más que a otros profesionales sanitarios.

La descripción demográfica realizada nos informa que estamos ante una profesión mayoritariamente femenina, por lo que se hace necesario introducir la perspectiva de género para estudiar con profundidad la situación actual de la profesión.

Además, la profesión de Enfermería se encuentra discriminada en los salarios con respecto a otras titulaciones con los mismos años de formación. Así encontramos que dentro del Grupo B al que pertenecen las antiguas Diplomaturas Universitarias (aún no contemplado como Grado) para trabajadores de la Administración Pública, los profesionales enfermeros tienen que realizar turnos nocturnos y festivos sin con ello conseguir igualarse a otras titulaciones. Un claro ejemplo es el que señala Gallego (2009), donde un maestro de 30 años de antigüedad en Castilla-León percibe 2800 euros mensuales y una enfermera con la misma antigüedad, en el turno de mañana, sin realizar noches ni percibir atención continuada, cobraría 1900 euros mensuales.

4.3.1 Hombres en la profesión de enfermería

Se ha descrito la baja proporción de hombres (16%) en esta profesión en contraste con el número de mujeres (84%) en nuestro país (INE, 2011) y, como en comparación con otros países se confirma una situación “de mayor equilibrio” (solo el 5-10% de hombres enfermeros en Inglaterra, Canadá o EEUU y el 0.8% en Taiwan) (Mullan & Harrison, 2008; *The National Union of Nurses Associations, Republic of China, 2008*). En el extremo contrario se encuentra Jordania, donde las condiciones religioso-culturales propician que el 95% de los estudiante de enfermería sean hombres, ya que las mujeres no quieren/pueden ver ni tocar el cuerpo desnudo de un hombre (Sullivan, 2000).

Este porcentaje tan bajo, viene arrastrándose desde la época Moderna de la profesión (mediados del s. XIX), ya que como ha sido comentado, en los inicios de la profesión los hombres enfermeros se encontraban bien representados y remunerados. Uno de los grandes impedimentos en el acceso de los hombres a la profesión de enfermería se gestó por el ideal de enfermera impuesto por las escuelas inglesas (Nightingale) y alemanas (Kaiserwerth), que fue el de una mujer maternal, atenta, compasiva, obediente, abnegada y subordinada a las órdenes del médico, que eran los que tenían el control y los conocimientos, de forma que en este contexto el hombre enfermero tenía poca cabida.

Cabe señalar que en EEUU y en Inglaterra, el acceso de los hombres a las escuelas de enfermería estaban limitadas por motivos tan peregrinos, como la dificultad para acomodar a los hombres en las residencias de estudiantes o por la falta de aseos específicos para éstos (Bradley, 1989); de forma que en EEUU en 1930, más del 99% de las graduadas eran enfermeras y en 1937, sólo 7 hospitales ingleses aceptaban enfermeros en sus plantillas (Edwards, 1989; Brown, 1940). Esta situación fue descrita como un síntoma de sexismo y discriminación en la profesión de enfermería norteamericana por lo que se creó la *American Assembly For Men in Nursing* en 1971; en Inglaterra previamente se había creado la *British Society for Male Registered Nurses* (1939) con la finalidad de dar a conocer a estos profesionales y estimular la llegada de más hombres a la profesión (Evans, 2004; Mackintosh, 1997).

En España con las reformas educativas, políticas, los movimientos feministas y los cambios en los roles de género en la sociedad han permitido de forma lenta y dificultosa, la llegada de la mujer al mundo laboral masculino, pero el paso del hombre al mundo laboral femenino ha sido aún más costoso, explicado por los estereotipos de género asociados a los roles masculinos y el

menor reconocimiento social y económico de la profesión (Gallego, 2009). De hecho, los rasgos de feminidad están tan incorporados a la profesión enfermera por la sociedad, que en un estudio cualitativo de enfermeros se describe como se cuestiona la heterosexualidad asociada al hombre enfermero, identificándoles como afeminados o *gays* (al igual que otras profesiones como los modistas o peluqueros) (Harding, 2007).

Por tanto, los hombres se han ido acercando a la profesión enfermera con desigual aceptación y dificultad, quedando reflejado el interés por ésta realidad en los diversos estudios sobre género y profesión enfermera, donde se evidencia el mantenimiento de los estereotipos de género asociados a la feminidad con los profesionales enfermeros (Burguete, Martínez & Martín, 2010; Alexander, 2010; Ozdemir, Akansel & Tunk, 2008; Tillman & Machtmes, 2008; Miró-Bonet, Gastaldo & Gallego-Camillero, 2008; Burguete & Alcalá, 2007; Blázquez-Rodríguez, 2005; Cano-Caballero, 2004; Jinks, 2004).

Se ha descrito que los hombres enfermeros buscan áreas de trabajo con mayor carga técnica e instrumental (unidad de cuidados intensivos, urgencias, quirófanos, unidades cardiológicas, radiología etc.) y con mayor independencia que las que se dan en las unidades de hospitalización (Villela, 2010; Celma & Acuña, 2009). Y ya ha sido señalado en este capítulo como existe una alta representatividad de los enfermeros en órganos de responsabilidad, como direcciones de enfermería, colegios oficiales, sindicatos específicos, titularidades de universidad y cátedras universitaria, a pesar de la escasa proporción de hombres en la profesión (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Por último, como resultado anecdótico y también como reflejo de los medios de comunicación en el mantenimiento de estos estereotipos de género, es el reciente estudio sobre la figura del

hombre enfermero en la industria del cine, con una revisión de las películas americanas, europeas o en países con influencia occidental, entre los años 1900 y 2010, donde se concluye que de las 13 películas seleccionadas, en las que el protagonista es un enfermero, en todas ellas las características de éstos son negativas: incompetentes, asesinos, depravados sexuales o donde se pone en duda su masculinidad tachándolos de afeminados o asignándolos preferencias sexuales homosexuales; de esta forma se produce un perjuicio sobre la imagen social de los enfermeros y su incidencia en la posible adhesión del sexo masculino a la profesión (Stanley, 2012).

4.4.- Relación entre salud y género en los profesionales de la enfermería

Como se ha intentado transmitir, la enfermería es una profesión eminentemente femenina, dedicada al cuidado y cuyo devenir histórico refuerza el estereotipo de ser una profesión propia de mujeres. Este hecho se ve reforzado por la información analizada de los porcentajes tan escasos de hombres en la profesión (Celma & Acuña, 2009). Esta imagen estereotipada, que aún está muy presente en la sociedad, se ve mantenida de forma manifiesta por los medios de comunicación, de forma que se va a evaluar los efectos de estos estereotipos en los/as profesionales de la enfermería.

Si introducimos la perspectiva de género al estudiar la evolución de la enfermería y su actual situación (Dio, 2008; Miqueo, Barral & Magallón, 2008; Celma, 2007) se evidencia la existencia de factores que afectan y refuerzan la situación de infravaloración social de la profesión:

- A. Los efectos de la cultura androcéntrica doméstica se trasladan al ámbito sanitario perpetuando los roles femeninos tradicionales a las enfermeras y los roles masculinos tradicionales a los médicos.
- B. Esta situación dificulta el acceso de las enfermeras a los circuitos de poder, es decir, existen factores personales y socioculturales que constituyen un verdadero “techo de cristal”.
- C. Se mantienen las imágenes estereotipadas de la profesión en la sociedad, sin que se transmita de forma adecuada los ámbitos de actuación de los /as profesionales.
- D. Las importantes dificultades para conciliar vida familiar con la profesional (originadas principalmente por los turnos de trabajo), limitan el acceso a las áreas de investigación y docencia, que habitualmente se realizan de forma conjunta con la asistencial, lo que origina sobrecarga física y emocional.

A continuación se va a documentar cómo el género es una variable con un peso específico importante en los resultados de salud física y psicológica de las/os enfermeras/os.

4.4.1.- Salud física y psicológica con perspectiva de género

El estado de salud física en los profesionales de enfermería es muy variable según los estudios analizados. El realizado por el Instituto de Salud de Canadá (*Canadian Institute for Health Information CIHI*, 2007) sobre 18.676 enfermeras/os evidencia que el 90% refieren una buena/excelente salud general y un 94% una buena/excelente salud mental; a pesar de que entre

el 25 y el 45% de los profesionales de la enfermería, dependiendo de la localización del hospital, han padecido agresiones o abusos físicos por parte de los usuarios y que entre el 45% y el 93% de las/os enfermeras/os sufren sobrecarga física en sus puestos de trabajo. Esta incongruencia de datos viene a explicar la importancia de las condiciones laborales (salario, relaciones con los compañeros y superiores, autonomía, reconocimiento social, etc.) para mitigar las partes más negativas de la profesión.

Aunque un reciente estudio norteamericano no encuentra relación entre las condiciones laborales y el estado de salud de las/os 3120 enfermeras/os encuestadas/os; sin embargo, si señalan que a pesar de referir una buena salud general, la $\frac{1}{2}$ de la muestra sufren sobrepeso, sólo el 50% realizan alguna actividad física regular, $\frac{2}{3}$ refieren dolores musculares en espalda y piernas y entre el 44 y el 62% de la muestra han sufrido abusos verbales de compañeros de trabajo y/o usuarios (Tucker, Harris, Pipe & Stevens, 2010).

Otro estudio que compara poblaciones enfermeras inglesas, estadounidenses y canadienses (Talley, Thomas & Brown, 2009), refieren no presentar diferencias significativas en salud entre los diferentes países y las poblaciones generales respectivamente, excepto en la muestra femenina de enfermeras en el rango de edad de 35 a 44 años, donde aumentan las peores puntuaciones en salud tanto física como psicológica y en incrementos del IMC; los autores describen el hecho del cuidado de hijos pequeños en estas edades, la falta de corresponsabilidad familiar de sus parejas y la falta de tiempo para atender su propia salud física y mental, como los principales factores de riesgo.

En un estudio realizado en España, con médico/as y profesionales de la enfermería, tanto del ámbito hospitalario como de atención primaria, indican que éstos refieren una mejor salud

física que la población general pero una peor salud mental, y la explicación que encuentran puede ser debida en parte al contacto con la muerte y la enfermedad, por estar expuesto a factores de riesgo psicosocial, la falta de recompensa profesional, las largas jornadas laborales y la falta de recursos personales y materiales (Escribà-Agüilar, Artazcoz & Pérez-Hoyos, 2008).

También en población española se presentan los resultados del estudio realizado por Ríos (2009) con 97 participantes, de los que el 74% son mujeres y el 26% restante hombres. Describe que el 41% de la muestra refieren altos niveles de agotamiento emocional, el 32% altos niveles de despersonalización y un 23% altos niveles de falta de realización profesional, todos ellos signos de *burnout*, siendo mayores las puntuaciones de despersonalización en hombres y entre aquellos/as que no tienen hijos/as. Tienen unos niveles moderados de satisfacción laboral, puntuando más bajo en la dimensión de reconocimiento profesional y siendo éstas más bajas en los enfermeros que en sus compañeras de profesión. También refiere aumentar los niveles de insatisfacción con los años de trabajo.

4.4.2.- Trabajo nocturno

Con respecto a las alteraciones producidas por el trabajo en turnos nocturnos (jornadas desde las 22h a la 8h, o jornadas de 21h a 9h), existe estudios que informan sobre los efectos negativos en la salud física y psicológica. Dos estudio realizados en hospitales catalanes evidencian la relación entre trabajar de noche con factores generadores de estrés, inicio más precoz de síndromes como el *burnout* y alteraciones del sueño (desde insomnio a dificultad para iniciar y mantener un sueño adecuado) (Bonet, Moliné, Olona, Gil, Bonet, Les-Morrell, Iza-Maiza et al., 2009; García, 2003).

También se extrae del estudio de Bonet y colaboradores (2009), que las/os enfermeras/os que trabajan en turnos nocturnos presentan mayor proporción de alteraciones alimentarias, niveles más elevados de colesterol en sangre, mayor incidencia de varices y menores puntuaciones en la dimensión apoyo social. En una revisión sistemática realizada en el 2011, sobre las investigaciones en profesionales de la enfermería y los trabajos en turno nocturno (Descamps, Olivares, de la Rosa & Asunsolo, 2011), concluyen que se produce una merma en las horas de sueño y en la calidad de éste, originando una desincronización del sueño debido a que el descanso diurno tras una jornada de trabajo de noche no obtiene los mismos periodos REM que el descanso nocturno.

Incluso un reciente estudio de revisión sobre los efectos del trabajo nocturno en personal de enfermería (Izú, Antunes, Cavalcanti & Silvino, 2011) informan que trabajar de noche produce alteraciones en el ciclo circadiano que a su vez alteran el equilibrio en la división celular, por lo que se evidencia con estudios empíricos, que la realización de turnos nocturnos es un factor de riesgo en la aparición del cáncer de mama, de endometrio y colon. Además la exposición a la luz durante la noche, vuelve a incidir sobre el ritmo normal circadiano lo que se convierte en factor de riesgo para las enfermedades digestivas, cardiovasculares y las alteraciones del sueño. Finalmente indicar que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estiman que cada 15 años de trabajo nocturno, la persona sufre un envejecimiento de unos 5 años adicionales (OIT, 1990).

4.4.3.- Imagen social de la profesión

Con respecto a la imagen social de la enfermería, como ya se ha expuesto en este capítulo, se siguen perpetuando estereotipos de género sobre la profesión que disminuyen las características

de autonomía y profesionalidad en la población general. Esta situación se ha venido estudiando con profusión desde hace veinte años hasta el momento actual, evidenciándose el malestar que origina y manifestándose en los bajos niveles de satisfacción laboral relacionados con el bajo reconocimiento social de la profesión (Calvo, 2011; Heirler, 2011; Kemmer & da Silva, 2007; Lunardi, Peter & Gastaldo, 2006); las conclusiones que se extraen y los motivos por los que puede verse perpetuada esta alteración en la imagen social de la profesión se resumen a continuación:

- A. Porque los profesionales no han sabido “vender” a la sociedad su verdadera identidad como promotores de salud, de forma autónoma y profesional.
- B. Porque los que han “vendido” la identidad enfermera siguen basándose en el ideario social de una profesión realizada exclusivamente por mujeres, con los estereotipos de feminidad (cuidado abnegado, sumisión, subjetividad, etc.; o la imagen sexual de la enfermera con uniforme erótico dispuesta a dar placer) y poco cualificada, sin base científica, con poca capacidad de decisión y con actuaciones dependientes de las prescripciones del médico. Y representan la figura del médico, en base a los estereotipos masculinos (poder, autonomía, capacidad de decisión, objetividad). Se sigue perpetuando esta imagen de ambos profesionales en publicidad, cine, internet y especialmente en teleseries inspiradas en tramas médicas, que contribuyen a perpetuar el estereotipo de género de las enfermeras.
- C. Por la falta de poder de la enfermería; a pesar de ser el mayor colectivo de profesionales de la salud, ha sido y es una profesión mayoritariamente femenina,

cuya base de actuación es la esfera del cuidado y desafortunadamente, ambas han sido infravaloradas a lo largo de la historia.

- D. Porque no se ha difundido a través de los medios de comunicación, los resultados de la producción intelectual enfermera en un lenguaje adecuado para la sociedad, de forma que un público inexperto pueda conocer los ámbitos de actuación real de la enfermería.

4.4.4.- Satisfacción laboral

A continuación se van a identificar que puntuaciones obtienen las/os enfermeras/os con respecto a la satisfacción en el puesto de trabajo, teniendo en cuenta que éste se refiere a la consideración afectiva que un trabajador percibe acerca de su labor.

El salario, el reconocimiento profesional, las relaciones con los compañeros y personal directivo, las condiciones de trabajo, la autonomía y expectativas laborales como la posibilidad de promoción y las políticas de flexibilidad horaria son descritas por Campbell, Fowles y Weber (2004) y por Del Ríos-Moro, Perezagua, Villalta y Sánchez (2005) como los principales indicadores de la satisfacción laboral en el profesional de enfermería.

La variable satisfacción laboral ha sido muy estudiada en el entorno de trabajo de las/os enfermeras/os aunque es difícil comparar resultados por las diferentes metodologías e instrumentos utilizados, en lo que si existe unanimidad es que la satisfacción laboral es el predictor más potente en la intención de las/os enfermeras/os para mantenerse en su trabajo

(Boyle, Bott, Hansen, Woods & Taunton, 1999; Ellenbecker, 2004; Tourangeau & Cranley 2006).

Los resultados de los estudios sobre satisfacción laboral son muy heterogéneos, como así se observa en el análisis realizado por Aiken, Clarke, Slone, Sochalski, Busse, Clarke et al., (2001) donde se informa que 1/3 de las enfermeras inglesas y escocesas y más de 1/5 parte de las norteamericanas estaban pensando abandonar sus trabajos; en este mismo estudio describen que el 41% de los profesionales de la enfermería de EEUU, el 33% de las canadienses, el 36% de las inglesas y el 17% de las alemanas refieren insatisfacción laboral.

Estudios como los de Walters, Lenton, French, Eyles, Mayr y Newbold (1998), en una muestra canadiense con 1190 enfermeras y 447 enfermeros, indican puntuaciones moderadas en la variable satisfacción laboral; demuestran que las condiciones laborales afectan menos a la salud de los hombres que a las mujeres, excepto el nivel de satisfacción laboral, cuyos niveles más bajos afectan más a la salud de los enfermeros que a la de sus compañeras. En este estudio se evidencia que condiciones negativas familiares y sociales (sobrecarga de trabajo en el hogar, falta de apoyo familiar y falta de reconocimiento social) afectan más a las mujeres que a los hombres, y entre éstas especialmente al grupo de mujeres entre 25 y 55 años. Es decir, existe una marcada relación entre el género y los niveles de salud en las mujeres enfermeras, especialmente cuando éstas no tienen o refieren tener poco apoyo social y familiar, agravándose la situación en las edades que están más relacionadas con el cuidado a los otros (parejas, hijos, padres mayores, etc.).

Estos resultados coinciden con los encontrados por Ríos-Risquez y Godoy-Fernández (2008) en nuestro país, con una muestra de 69 profesionales (39 enfermeras y 16 auxiliares de

enfermería), donde la satisfacción laboral de estos profesionales se relaciona con una mejor salud mental, con la ausencia de síntomas de *burnout* y con una especial correlación con los síntomas de ansiedad e insomnio. Informan de niveles moderados de satisfacción laboral en la muestra total, siendo estos más altos en mujeres que en hombres excepto en los tramos de edad de los 35 a 50 años. También refieren una mayor satisfacción laboral el personal contratado que el fijo y aquellos que tienen menos años trabajados.

Otras interesantes aportaciones para conocer el estado de la enfermería española, son las conclusiones sociológicas realizadas por Rodríguez y Bosch (2004), sobre las/os enfermeras/os colegiadas/os en Barcelona. Este estudio arroja información de unas profesionales jóvenes, con una edad media de 38 años, mayoritariamente femenina (87% del total de colegiadas son mujeres), que en términos globales tienen un alto nivel de control y autonomía técnica, donde el 80% se siente satisfecha con la profesión, donde su profesionalidad está bien valorada por sus colegas y por los usuarios, no así por la organización y la sociedad. Los principales problemas son debidos a los salarios insuficientes, la falta de incentivos profesionales y la falta de reconocimiento social y político.

En un reciente estudio en nuestro país a 5.697 profesionales de la enfermería con representación de todas las Comunidades Autónomas, donde el 88% de la muestra son mujeres y el 12% restante hombres, se recogieron los siguientes resultados:

- A. Niveles intermedios de agotamiento laboral (*burnout*) debidos al agotamiento emocional, a niveles de despersonalización y a las puntuaciones en realización personal.

- B. Un 55% refiere estar moderadamente satisfecha y un 11% muy satisfecha con su trabajo.
- C. Sólo un 28,6% refiere estar moderadamente satisfecha y un escaso 3% muy satisfecha con las oportunidades de desarrollo profesional.
- D. Un 66% está muy o moderadamente insatisfecha con el salario que perciben.
- E. Un 26,2% estaría dispuesta a abandonar su puesto de trabajo a lo largo del próximo año por insatisfacción laboral (Instituto de Salud Carlos III, 2011).

En otro estudio con una muestra de 510 enfermeras chinas, también se identificaron niveles moderados de satisfacción laboral, siendo éstos más altos si existe una buena relación de trabajo con los compañeros; las puntuaciones más bajas se correlacionaron con los salarios y con la falta de promoción laboral (Wang, Tao, Ellenbecker & Liu, 2012). Y en estudio de Budge, Carryer y Wood (2003) con 220 enfermeras de Nueva Zelanda, señalan la importancia de las buenas relaciones con los médicos para mejorar las puntuaciones en salud, autonomía y percepción de control de las enfermeras encuestadas.

En este sentido, la investigación realizada por Willem, Buelens y Jonghe (2007) con 764 enfermeros en Bélgica, informa que los índices de satisfacción laboral estaban modulados en un 69,2% por el salario, un 58,9% por los niveles de autonomía de los profesionales y un 49,3% por el reconocimiento social de la profesión.

4.4.5.- Estrés laboral y consecuencias

Entre las profesiones sanitarias, la enfermería, por su principal rol de cuidador, presenta los más altos niveles de estrés laboral y existen numerosos estudios que documentan esta realidad. El contacto piel con piel que tienen las/os enfermeras/os con el dolor, la enfermedad, la muerte, las situaciones de extrema urgencia, los excesos en las cargas asistenciales y el escaso efectivo de las plantillas de trabajo, los conflictos generados por la superposición de competencias con otros profesionales, los horarios de trabajo que han de cubrir las 24 horas del día, los 365 días del año y que van a dificultar la compatibilización del área laboral con el social y familiar y un extenso etcétera, propician esta situación de riesgo para la salud física y psicológica.

Unido a la satisfacción laboral y al reconocimiento social, se encuentra la percepción del estrés y sus consecuencias en la salud, como son los problemas conductuales, entre ellos el conocido “síndrome de quemarse por el trabajo” o “síndrome de *burnout*” o también denominado “síndrome de estrés crónico asistencial”; esta identidad está siendo muy estudiada en el ámbito de la enfermería.

La descripción y denominación del “síndrome de *burnout*”, la realizó Freudenberg (1974) al relatar la situación que padecían las personas que llevaban cierto tiempo trabajando con toxicómanos, y experimentaban una pérdida de energía, desmotivación y agotamiento. Este síndrome se caracteriza por tres dimensiones: agotamiento físico y/o psicológico; despersonalización con la expresión de sentimientos de indiferencia y actitudes frías o negativas hacia los/as usuarios/as de los servicios sanitarios; y los sentimientos de fracaso y baja autoestima derivados de las anteriores situaciones.

Los estudios que miden los índices de estrés laboral y sus síntomas en el ámbito sanitario utilizan mayoritariamente el instrumento de medida *Maslach Inventory*” *MBI* creado por Maslach & Jackson (1986). Estas investigaciones han demostrado puntuaciones altas y moderadas en estrés laboral, en diferentes países, propiciadas por las condiciones adversas que envuelven el trabajo de los profesionales de la enfermería (McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane & Aiken, 2011; Grau, Fliechtentrei, Suner, Font-Mayolas, Prats & Braga, 2008; Mebenzehl, Lukesch, Klein, Hajak, Schreiber & Putzhammer, 2007; De Pablo, 2007; Imai, Nakao, Tsuchiya, Kuroda & Katoh, 2004; Ortega & López, 2004; Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle & Domínguez, 2004).

Se evidencia que la variable sexo es la que más explica las diferencias encontradas entre hombres y mujeres, siendo más altas las puntuaciones en estrés en las mujeres argumentadas por las diferencias de género en la socialización y asunción de las tareas domésticas y cuidados de hijos y personas dependientes (Hurtado, Martín & Luceño, 2008; Raggio & Malacarne, 2007).

En esta línea, se ha intentado medir los efectos del estrés sobre la salud física, de forma que Gracia y Leza (2008) y Mommesteeg, Heijnen, Kavelaars y Van Doornen (2006) encuentran una relación entre el estrés y el aumento de la respuesta inflamatoria que puede desencadenar procesos patológicos.

Melamed, Shirom, Toser, Beliner y Shapira (2006), señalan la relación entre el síndrome de estrés crónico asistencial y mayor riesgo de tener conductas negativas para la salud como el tabaquismo, abuso de alcohol y fármacos, así como alteraciones derivadas del incremento del cortisol en sangre, alteraciones inflamatorias, del sueño e inmunológicas. También se ha

estudiado este síndrome en el área de la docencia, encontrándose en profesores una relación positiva entre altos niveles de cortisol y la sensación de agotamiento, despersonalización y alteraciones físicas (Bellingrath, Weigl & Kudielka, 2008).

También hay que señalar que el personal de enfermería ha sido tradicionalmente un grupo de estudio para las variables de estrés laboral y hostigamiento psicológico, de modo que Fornés, Martínez-Abascal y García de la Banda (2008), en su estudio con enfermeras de las Islas Baleares pretendía verificar estos datos; en su estudio identifica que un 17,2% del total de colegiadas/os se perciben asediados en su entorno laboral y que es un porcentaje superior, al encontrado por esta autora 4 años antes, al de otros profesionales de la salud incluso, superior al de otros colectivos de la enfermería en España.

A raíz de la crisis económica que está sufriendo nuestro país, se han producido y se están produciendo unos cambios a nivel de la sanidad pública española que ha motivado un estudio sobre la percepción de estrés que están sufriendo los profesionales enfermeros en relación a esta situación. Así, sobre una muestra de 1.173 enfermeros/as, con representación de todas las comunidades autónomas, se recoge que un 84% de los profesionales de enfermería españoles se sienten estresados y perciben que sus condiciones laborales han empeorado, el 77% sienten agotamiento emocional y un 62% no se encuentran realizados en el desarrollo de su trabajo (SATSE, 2012).

Es decir, que la enfermería española se siente sólo moderadamente satisfecha con el trabajo que realizan, ¼ del personal dejaría su puesto por la insatisfacción que le producen y los mayores índices de insatisfacción provienen del salario que perciben y de las posibilidades de desarrollo profesional. Estas conclusiones deberían originar un replanteamiento por parte de los

organismos competentes de la situación de los profesionales de enfermería en el ámbito nacional y las posibles medidas para mejorar los niveles de satisfacción de éstos.

4.4.6.- Variables protectoras

Otros estudios comienzan a evaluar la existencia de variables protectoras para contrarrestar los efectos del estrés laboral, entre ellas se encuentra la investigación realizada por Ríos (2009) donde unos determinados rasgos de personalidad resistente (individuos que puntúan más alto en el nivel de expectativas de autoeficacia generalizadas y con niveles más altos en las dimensiones de retos y nivel de compromiso) van a disminuir los efectos negativos del estrés laboral.

También se aportan los resultados del estudio nacional en EEUU de una muestra de 1.239 enfermeras/os de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), sobre la característica psicológica de “resiliencia” como papel protector en la salud (Meredith, Jones, Newman, McFann, Rothbaum, & Moss, 2012).

Y finalmente el estudio que relaciona la “Inteligencia Emocional” (IE) como instrumento para conseguir menores niveles de estrés laboral y mejores niveles de salud general (Augusto, López-Zafra, Berrios & Aguilar-Luzón, 2008); estos autores refieren no encontrar diferencias entre IE en las enfermeras y enfermeros de su muestra y lo atribuyen a que la IE se asocia con la feminidad y la profesión de enfermería tendría esta característica incluidas en su esencia como profesión.

A raíz de todas estas conclusiones sobre satisfacción laboral y estrés laboral, se han publicado documentos que inciden en la necesidad de estabilizar las plantillas de enfermería, cuyo déficit origina parte del entorno insalubre relacionado con esta profesión. La evidencia ha demostrado que entornos de trabajo saludables tienen una traducción directa en calidad asistencial, disminución de costes derivados de resultados adversos a pacientes, reducción de absentismo y de pérdidas de productividad (*Registeres Nursing Association of Ontario* 2008).

Un estudio realizado por la *Canadian Labour and Business Centre* (2002), estima la pérdida anual de horas de trabajo en el personal de enfermería en 16 millones de horas, motivados por enfermedades o accidentes que podían prevenirse y, que se traducían en 9.000 puestos de trabajo de enfermería a tiempo completo.

Para finalizar el capítulo dedicado a describir la profesión y a los profesionales de la enfermería, se van a recoger tres de las recomendaciones de la Guía en Salud laboral, seguridad y bienestar de las enfermeras, creadas por la Sociedad de Enfermeras Canadienses, y que están siendo implementadas en diferentes países de nuestro entorno (*Registeres Nursing Association of Ontario*; 2008, p.28): “Las organizaciones o dirección de enfermería crean y diseñan entornos y sistemas que promueven entornos laborales seguros y saludables, incluyendo estrategias como:

- A. Crear una cultura, un clima y unas prácticas que apoyen, promuevan y mantengan la salud de los empleados, su seguridad y bienestar.
- B. Asegurar que el presupuesto anual de las organizaciones incluya recursos adecuados (humanos y físicos) para implementar y evaluar iniciativas seguras y saludables.

- C. Establecer prácticas organizativas que fomenten la responsabilidad mutua y la responsabilidad del personal de enfermería como individuos y líderes de las organizaciones para asegurar un entorno de trabajo seguro.

Una vez descritos los tres grandes pilares de esta investigación: Salud, Género y Profesión enfermera, de esta Parte I sobre contextualización teórica, se procede a detallar la Parte II dedicada al desarrollo de la Investigación Empírica y que está compuesta por cuatro capítulos; el capítulo 5 corresponde a los Objetivos e Hipótesis planteados en este estudio; el capítulo 6 versa sobre la Metodología utilizada para contrastar las hipótesis propuestas; en el capítulo 7 se expondrán los Resultados de los análisis estadísticos realizados; la Discusión y Conclusiones derivados del análisis comparativo de los resultados con los publicados en la literatura, están recogidos en el capítulo 8 y para finalizar, un capítulo 9 dedicados a las Limitaciones y Perspectivas futuras de esta investigación.

PARTE II
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo 5

Objetivos e Hipótesis

5 - Objetivos e hipótesis

Una vez revisados los antecedentes teóricos en los que se fundamenta esta investigación, se procede a enumerar los objetivos planteados con sus respectivas hipótesis, en función de los 3 Estudios propuestos.

5.1- Estudio 1. Análisis psicométrico de los instrumentos.

5.1.1- Objetivo 1. Analizar la fiabilidad de los instrumentos utilizados en la población enfermera.

El análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos es necesario para valorar la adecuación de éstos a la población de estudio y para asegurar la calidad de la medición. La fiabilidad de un instrumento, nos informa de la precisión de los resultados cuando se realizan las mismas mediciones en diferentes momentos, es decir, determinar si un instrumento mide lo que tiene que medir. Se ha demostrado que uno de los mejores métodos estadísticos para calcular la fiabilidad de los instrumentos es analizar el coeficiente alfa de Cronbach de éstos (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez & Sanz, 2011; Cervantes, 2005; Cronbach, 1951).

5.1.2- Hipótesis 1. *Los instrumentos utilizados tendrán la fiabilidad adecuada para ser utilizadas en la población de estudio.*

Esta primera hipótesis tiene como finalidad confirmar la fiabilidad de los resultados obtenidos, al utilizar en el estudio instrumentos de medida que han sido traducidos, adaptados y validados

previamente en población española y al calcular la fiabilidad de éstos a partir del coeficiente alfa de Cronbach.

5.2- Estudio 2. Análisis de las diferencias en salud y género entre la muestra de población enfermera y la población general española.

5.2.1- Objetivo 2. Analizar las diferencias existentes entre la muestra de población enfermera y la población general española en salud y género.

El segundo objetivo surge de la necesidad de comparar las variables de estudio, salud y género, de la muestra de profesionales de la enfermería con sus respectivas muestras femeninas y masculinas de la población general española. Al ser un objetivo tan amplio, se han propuestos dos hipótesis para el mismo objetivo, una correspondiente con la variable salud (hipótesis 2.1) y otra con la variable género (hipótesis 2.2).

5.2.2- Hipótesis 2. *Contrastar las hipótesis 2.1 y 2.2.*

5.2.2.1- Hipótesis 2.1. *Las enfermeras y enfermeros obtendrán mejores puntuaciones de salud física y estilos de vida, peores puntuaciones en salud mental y mayor estrés laboral que las mujeres y los hombres de la población general española, respectivamente.*

Los estudios que han analizado la salud de los profesionales de enfermería obtienen resultados heterogéneos sobre el estado de salud físico y los estilos de vida de las enfermeras y enfermeros en comparación con sus poblaciones generales de origen, hay un mayor consenso sobre las mejores puntuaciones de estas variables en los profesionales sanitarios (Izú, Antunes,

Cavalcanti & Silvino, 2011; *Canadian Institute for Health Information*, 2007; Tucker, Harris, Pipe & Stevens, 2010; Bonet, Moliné, Olona, Gil, Bonet, Les-Morrell, Iza-Maiza et al., 2009; García, 2003), aunque también hay estudios que informan de resultados contrarios (Talley, Thomas & Brown, 2009; Escribà-Agüilar, Artazcoz & Pérez-Hoyos, 2008; Toser, Beliner & Shapira; 2006).

Donde existe unanimidad de resultados es en las variables salud mental y estrés laboral, donde se recogen peores puntuaciones en la población enfermera en comparación con los hombres y mujeres de la población general (Ríos, 2009; McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane & Aiken, 2011; Escribà-Agüilar, Artazcoz & Pérez-Hoyos, 2008; Grau, Fliechtentrei, Suner, Font-Mayolas, Prats & Braga, 2008; Mebenzehl, Lukesch, Klein, Hajak, Schreiber & Putzhammer, 2007; De Pablo, 2007; Imai, Nakao, Tsuchiya, Kuroda & Katoh, 2004; Ortega & López, 2004; Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle & Domínguez, 2004).

El sentido de la hipótesis 2.1 es comprobar si los enfermeros y enfermeras de la muestra de estudio obtienen mejores puntuaciones en salud física y estilos de vida y peor salud mental y mayores puntuaciones en estrés laboral que las mujeres y los hombres de la población general española, respectivamente, como así se ha demostrado en los estudios consultados.

5.2.2.2- Hipótesis 2.2. *Las enfermeras obtendrán mayores puntuaciones en rol tradicional de género que las mujeres de la muestra general y, los hombres enfermeros obtendrán menores puntuaciones en rol tradicional de género, que los hombres de la población general española.*

La literatura ha estudiado cómo es el rol de género de las mujeres y hombres que trabajan en una de las profesiones más feminizadas del mercado laboral (Meadus & Twomey, 2011;

Brown, 2009; Twomey & Meadus, 2008; Miranda, 2007; Evans, 2004; Mackintosh, 1997; Carlsson, 1988); sin embargo, son muy escasas las investigaciones con instrumentos para medir el rol de género en los profesionales sanitarios; los estudios que han sido revisados evidencian de forma consensuada como el rol de género en las enfermeras es femenino (Fisher, 2011; Muldoon & Reilly, 2003; Fisher, 1996; McCutcheon, 1996; Pontin, 1988; Sprouse, 1987), en tanto que sus compañeros han obtenido puntuaciones que van desde un rol de género más masculino (McCutcheon, 1996), situándose la mayoría de los estudios analizados en unas tipificaciones tendentes a la androginia (Fisher, 2011; Muldoon & Reilly, 2003; Fisher, 1996; Pontin, 1988; Sprouse, 1987).

Por tanto, el propósito de plantear la hipótesis 2.2 es contrastar si las enfermeras son más femeninas (mayor coherencia con rol tradicional femenino) que las mujeres de la población general española y los enfermeros son menos masculinos (menor coherencia con rol tradicional masculino) que los hombres de la población general española.

5.3- Estudio 3. Análisis de la salud y del género en los profesionales de la enfermería

5.3.1- Objetivo 3. Analizar las diferencias de salud en los enfermeros y enfermeras.

Una vez analizadas las diferencias entre la salud de las enfermeras y enfermeros con la población general, se hace necesario estudiar las diferencias en las variables de salud física, mental, estilos de vida y niveles de cortisol en plasma, entre las mujeres y los hombres de la muestra de profesionales de la enfermería.

5.3.2- Hipótesis 3. *Las enfermeras presentarán peores índices de salud que sus compañeros enfermeros.*

En la literatura se ha analizado las diferencias en los indicadores de salud tanto físicos como psicológicos de los hombres y las mujeres, con resultados muy homogéneos sobre las peores puntuaciones que presentan las mujeres en salud autopercebida (Sánchez-López, Cuellar-Flores & Dresch, 2012; Encuesta Europea de Salud en España, 2009; Kondo et al., 2008; Singh-Manoux et al., 2007; Taghrid et al., 2007; Borrell & Benach, 2006; Sánchez-López, Aparicio & Dresch, 2006; Borrell et al., 2006; ENS 2006), mayor número de problemas de salud (*European Union*, 2011; Encuesta Europea de Salud en España, 2009; ENS 2006; OMS, 2005), mayor número de consultas médicas (Sánchez-López, Cuellar-Flores & Dresch, 2012; Borrell & Benach, 2006; Sánchez-López, Aparicio-García & Dresch, 2006), mayor consumo de fármacos (Sistema Nacional de Salud, 2010; ENS, 2006; Ministerio de Sanidad 2005) y peor salud mental que los hombres (*European Union*, 2011; Sánchez-López, López-García, Dresch & Corbalán, 2008; ENS, 2006; *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*, 2000).

De forma que plantear la hipótesis 3, busca corroborar si las enfermeras, como mujeres que son, obtienen peores puntuaciones en salud, que sus compañeros varones.

5.3.3- Objetivo 4. Analizar las características de los roles de género presentes en las enfermeras y los enfermeros y su relación con los indicadores de salud.

Llegados a este nivel de análisis de las diferentes variables estudiadas y en base a los conocimientos aportados por los estudios anteriormente expuestos en los capítulos 3, 4 y 5 del

marco teórico, nos planteamos identificar cómo el rol de género puede modular las puntuaciones en salud.

5.3.4- Hipótesis 4. *Las enfermeras y enfermeros que sean coherentes con el rol tradicional de género presentarán peores puntuaciones en salud.*

En los estudios que analizan las relaciones entre salud y rol de género, se han evidenciado la existencia de resultados negativos para los indicadores de salud, cuando las personas puntúan alto en las escalas que miden rol tradicional de género. Con respecto a las mujeres, éstas conclusiones son extraídas de diferentes publicaciones (Sánchez-López, Cuellar-Flores & Dresch, 2012; Cuellar-Flores & Sánchez-López, 2011; Mahalik & Burns, 2011; Green, 2008; Dio, 2008; Miqueo, Barral & Magallón, 2008) y la hipótesis planteada proponer comprobar si ésta correlación ocurrirá de igual manera con la muestra femenina del estudio.

En cuanto a los hombres, se encuentra esta misma relación, es decir, los hombres más coherentes con el rol tradicional masculino obtienen peores puntuaciones en salud (Sánchez-López, Cuellar-Flores & Dresch, 2012; Cuellar-Flores & Sánchez-López, 2011; Mahalik & Burns, 2011; Verdonk, Seesing & Rijk, 2010; Mahalik, Burns & Syzdek, 2007), se contrastará estos resultados en los enfermeros analizados, para confirmar o refutar la hipótesis planteada.

5.3.5- Objetivo 5. Comprobar que el Modelo Teórico Transaccional de Salud propuesto por Bruchon-Schweitzer (2002) se cumple en los profesionales de la enfermería, para los modelos obtenidos en las variables criterio: salud autopercebida, salud mental y número de problemas de salud.

Como último objetivo de esta investigación, se plantea comprobar si los tres modelos obtenidos de las ecuaciones de regresión logística en las enfermeras y en los enfermeros, en función de las variables criterios seleccionadas, se adecúan al modelo teórico de salud propuesto por Bruchon-Schweitzer.

En la actualidad, la actividad científica relacionada con la salud se ha de fundamentar en los modelos de salud unidos a las evidencias y a las continuas evaluaciones derivadas de los resultados obtenidos (Nutbeam & Harris, 1998).

Los modelos teóricos serán adecuados si presentan equivalencias vinculadas de los fenómenos e indican las relaciones causales entre un grupo de variables que pueden ser observables y medibles (Cabrera, 2004). Aunque en general, las personas que trabajan en el área de salud opinan que las teorías de salud son poco funcionales, inabarcables e inaplicables en la actividad asistencial cotidiana; sin embargo, se ha constatado que un marco teórico sólido es la base para que investigaciones y programas de salud finalicen con éxito las estrategias y acciones para mejorar los estándares de salud (Cabrera, Tascón & Lucumí, 2001).

5.3.6- Hipótesis 5. *Las enfermeras y enfermeros obtendrán unas relaciones en las variables de salud conforme al Modelo Teórico Transaccional de Salud.*

Se plantea esta última hipótesis con el fin de comprobar si las bases teóricas propuestas por el Modelo Teórico Transaccional de Salud (Bruchon-Schweitzer, 2002), se ajustan al comportamiento de las relaciones obtenidas entre las variables de estudio. De cumplirse, se obtendría un modelo de salud aplicable por el que basarse para crear e implementar programas de mejoría de la salud en los profesionales de la Enfermería.

El siguiente paso de esta investigación será la descripción de la muestra de estudio, los instrumentos utilizados para el análisis de las diferentes variables, el procedimiento empleado para este fin y el análisis de los datos; todo ello quedará recogido en el capítulo número 6, denominado “Método”.

Capítulo 6 – Método.

6.1 - Participantes.

Para la selección del tamaño muestral y que dicha muestra fuera representativa de la población de enfermeros y enfermeras del H.U. de Getafe, se procedió al cálculo del tamaño muestral para la población de hombres enfermeros que sabemos es muy inferior al número de mujeres enfermeras (Duffau, 1999). Cuando se planteó el estudio, en el H.U. de Getafe trabajaban 588 enfermeras (85% de la plantilla de enfermería) y 103 enfermeros (15% de la plantilla de enfermería); partiendo de los datos aportados por el I.N.E (2011) en España, la población femenina en los profesionales de la enfermería suponía el 84% del total de profesionales y la masculina el 16% restante. En base a esta prevalencia, con un nivel de confianza del 95% y un error de muestreo igual al 0.05, se procede al cálculo del tamaño muestral a partir de la siguiente fórmula matemática:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 (N-1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

n: tamaño de la muestra a calcular.

N: nº de enfermeros que trabajan en el hospital.

$Z_{1-\alpha}$: queda establecido con un valor del 1.96, para un Nivel de Confianza del 95% y un error de muestreo del 0.05.

p: prevalencia del sexo masculino en la profesión.

q: 1-p.

d: precisión que fijamos en el 0.05

Tras este cálculo, el tamaño de la muestra masculina para que sea representativa de la población total de enfermeros del hospital se fija en 26 enfermeros. Si realizamos el mismo cálculo para la muestra enfermera (en función de las 588 enfermeras que trabajan en el hospital siendo este el 85% de la plantilla) el resultado obtenido es de 147 enfermeras, número que supera al número total de enfermeros trabajando en el hospital, por lo que el objetivo es reclutar al máximo número de enfermeros y posteriormente igualar en tamaño y condiciones la muestra femenina.

En el presente estudio han participado 196 sujetos divididos en 2 muestras homogéneas según el sexo, por tanto tenemos una muestra de 98 enfermeras y otra muestra de 98 enfermeros con actividad asistencial en el Hospital Universitario de Getafe, siendo éste un hospital terciario de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Cabe señalar que el objetivo inicial era incluir la totalidad de enfermeros varones que estaban en activo a fecha del 12/06/2010, que fue la fecha de inicio para la selección de la muestra, y que en esos momentos contaba con un total de 103 enfermeros en plantilla. Tras el procedimiento de reclutamiento de los participantes, que será detallado en el apartado pertinente, la muestra quedó conformada con 98 enfermeros (el 95,2% del total de enfermeros en activo del hospital) y una muestra homogénea de sus compañeras enfermeras en las variables sociodemográfica y laborales estudiadas. Los criterios de exclusión fueron la ingesta de fármacos con corticoides (en mujeres y hombres) y en las enfermeras estar embarazadas.

La muestra final queda compuesta por 196 participantes, de los cuales 98 son hombres (50%) y 98 son mujeres (50%), de 20 a 56 años, con media de edad 32,45 (D.T.= 16,84), con estados civiles soltero/a (66%), casado/pareja de hecho (30%), divorciado/a (3%) y viudo/a (1%) y una situación laboral en activo como DUE.

6.2 - Diseño.

Se trata de una investigación no experimental, observacional, de corte transversal y descriptivo correlacional. Por tanto, es un estudio que se realiza en un momento determinado sin que exista un posterior seguimiento de los participantes, donde se busca describir la realidad de los profesionales de la enfermería con respecto a un grupo de variables que van a cuantificar la

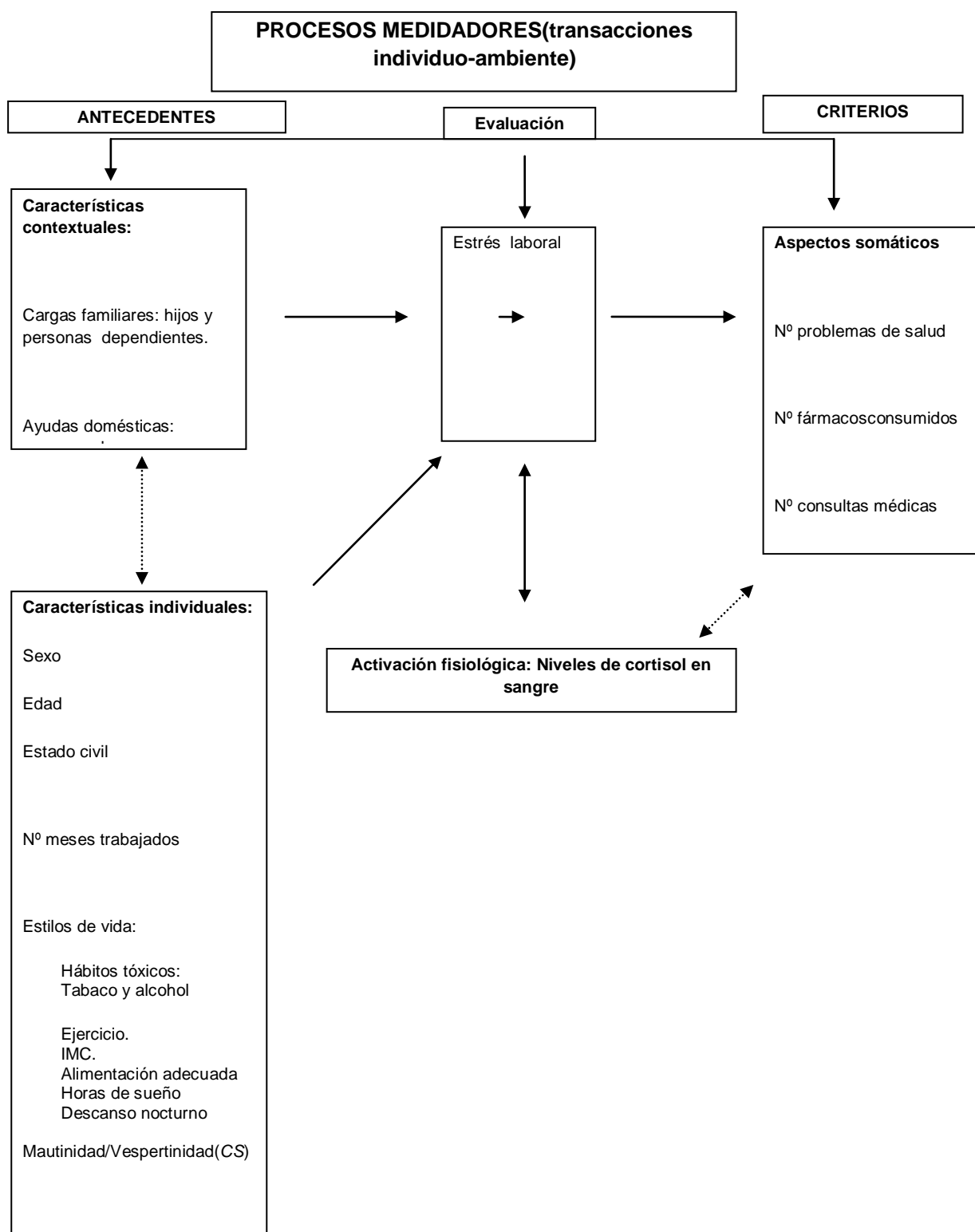
salud y el género. Posteriormente se va a medir el grado de relación entre las variables, para describir si obtener una determinada puntuación en una variable va a modificar la puntuación de otra con un nivel de significación estadística. Finalmente se cuantificará la relación entre las variables en términos de una función lineal específica (ecuaciones de regresión lineal), para predecir puntuaciones en una variable (variable criterio del modelo teórico propuesto) a partir de su puntuación en otras variables (variables antecedentes y moduladoras del modelo teórico propuesto).

Este tipo de investigaciones es frecuentemente utilizado en ciencias de la salud y resulta ser un tipo de investigación que se constituye como un medio eficiente y eficaz de obtener datos sobre un área de estudio, describir el estado de las variables en un momento determinado, por lo que se evitan las pérdidas de muestras de los estudios longitudinales y, por tanto descubrir interrelaciones de las variables en un periodo relativamente corto. Además al ofrecer frecuentemente resultados muy realistas, resulta adecuado para proponer medidas o actuaciones prácticas y ser la base de posteriores investigaciones experimentales (Álvarez, 2007; Polit & Hungler, 2000; Carrasco, 1995).

6.3 – Variables e Instrumentos.

En base al modelo teórico utilizado en esta investigación, el Modelo Teórico Transaccional en Psicología de la Salud propuesto por Bruchon-Schweitzer (2002), se han integrado las variables de estudio utilizadas, de forma que a continuación se presenta la figura 10, que intenta explicar las relaciones entre dichas variables y el estado de salud del individuo.

Figura 10 - Modelo Teórico Transaccional de Salud con las variables de estudio



Fuente: Elaboración propia

En los antecedentes aparecen las variables que describen las características contextuales (cargas familiares, ayudas domésticas, realización de turnos nocturnos, etc.,) y las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, etc.,) que unidos a los estilos de vida, género y matutinidad/vespertinidad, describen las características individuales de cada uno de los participantes.

Estos antecedentes se ven modulados por factores como el estrés y la satisfacción laboral, y afectan en mayor o menor medida a las variables criterios o resultados, que son la salud física (salud autopercebida, nº de problemas de salud, nº de fármacos consumidos y nº de consultas médicas) y la salud mental del individuo (*GHQ-12*). Dentro del estudio de las variables de activación fisiológica del individuo se ha analizado los niveles de cortisol en plasma, como medida del nivel objetivo de estrés.

Para recabar toda esta información se elabora un cuestionario autocumplimentado (ver anexo 1) con un tiempo estimado de realización de 45 minutos, del que se extrae la información de las variables que aparecen en el modelo Teórico Transaccional de Salud adaptado al estudio, y que se encuentra dividido en cuatro apartados: preguntas sobre variables sociodemográficas, preguntas para evaluar las variables de salud física (salud autopercebida, nº de problemas de salud, consumo de fármacos, consultas médicas y estilos de vida), salud mental (instrumento *GHQ-12*, estrés laboral y satisfacción laboral), instrumento para medir género (*CMNI* para los enfermeros y *CFNI* para las enfermeras) y el instrumento para medir matutinidad/vespertinidad, que a continuación se procede a describir.

6.3.1 - Variables sociodemográficas

Se recoge información sobre sexo, edad, año de finalización de DUE, nº de años trabajados como DUE, servicio donde trabaja y si en la actualidad realiza turnos nocturnos en su jornada laboral. También se obtiene información referente al nº de hijos, edades de éstos, nº de personas dependientes a su cargo y sus respectivas edades, y si tiene alguna ayuda para la realización de las tareas domésticas y cuidado de hijos y/o personas dependientes, así como si dicha ayuda es remunerada y el nº de horas semanales contratadas.

6.3.2 - Variables de Salud y Estilos de vida

Para medir la salud de los participantes y estilos de vida se han utilizado las preguntas que recoge la Encuesta Nacional de Salud de España (ENS, 2006), del cuestionario para adultos (personas de 16 años y más). La ENS es una encuesta de carácter bienal, sobre un sentido amplio de la salud y sus factores más determinantes desde la perspectiva del ciudadano. Es realizada en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística.

6.3.2.1 - Salud autopercebida

La forma en que se valora la salud autopercebida es a partir de la siguiente pregunta:

“En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?” Para su medida, se utiliza una escala tipo *likert* con puntuaciones que van desde el 1 (muy buena) a 5 (muy mala). Por tanto puntuaciones altas en este instrumento indican peor estado de salud autopercebida.

Como ya se expuso en el capítulo 2 Salud, este instrumento ha sido utilizado y validado en multitud de estudios como indicador subjetivo y general que operativiza el estado de salud físico y que además engloba las enfermedades padecidas y a la vez, los factores sociales, económicos y del entorno de la persona (Benyamini, 2008; Singh-Manoux, Gue'Guen, Martikainen, Ferrie, Marmot & Shipley, 2007).

Para poder realizar determinados análisis estadísticos, se ha procedido a dicotomizar esta variable en base a los puntos de corte utilizados más frecuentemente en la literatura, de forma que puntuaciones iguales o superiores a 3 en la escala total se considera una “salud autopercebida mala” y puntuaciones inferiores o iguales a 2 serán consideradas como “salud autopercebida buena” (Benyamini, 2008).

6.3.2.2 - Problemas de salud

Se pregunta acerca de esta variable de la siguiente forma: “A continuación presentamos una serie de enfermedades o problemas de salud, ¿padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas?”

Se presenta una lista de 27 problemas de salud para que el participante conteste Sí o No. La contestación a Sí se le asigna 1 punto y a la contestación No se le asigna 0 puntos. Así se hace una valoración de la existencia de problemas de salud, donde los valores más altos se corresponden con un mayor número de patologías. Para poder realizar determinados análisis estadísticos y sólo desde un punto de vista de funcionalidad, se considera que padecer 1 o ninguna patología se etiqueta como “No tener dolencias físicas” y padecer 2 o más patologías como “Tener dolencias físicas”.

6.3.2.3 - Fármacos consumidos

Para valorar el consumo de fármacos se incluye la pregunta de la ENS que queda redactada así: “A continuación presentamos una serie de medicamentos, por favor, señale ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido en las dos últimas semanas?”. Se describe una relación de 22 tipos de fármacos según su finalidad, y el participante tiene que responder Sí o No, los ha consumido en las últimas dos semanas. La contestación Sí se le asigna 1 punto y a la contestación No se le asigna 0 puntos. La finalidad es determinar si la persona consume medicamentos, a mayor puntaje, mayor número de fármacos consumidos. Igual que con la variable anterior, número de dolencias, y para poder realizar determinados análisis estadísticos, se ha considerado que consumir 1 o no consumir ningún fármaco, se etiqueta como “No consumir fármaco” y consumir 2 o más fármacos como “Consumir fármacos”.

6.3.2.4 - Consultas médicas

La redacción de la pregunta sobre el número de consultas médicas queda así: “¿Cuántas veces ha consultado con un/a médico/a de familia en la últimas cuatro semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya?”. Con esta pregunta se indaga en el uso de las consultas de atención primaria.

Y con la pregunta “¿Cuántas veces ha consultado con un/a especialista en las últimas cuatro semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya?” se recoge la información respecto al uso de consultas en atención especializada. Las posibles respuestas son: N° de veces, No sabe/No recuerda y No contesta.

Se formula una variable denominada “Consultas médicas” donde se unifican las consultas de atención primaria y de atención especializada, para valorar el número total de veces que el participante ha precisado de los servicios médicos.

6.3.2.5 - Estilos de vida

Para recabar la información pertinente a los hábitos de vida, se interroga por el consumo de tabaco: “¿Qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio al día?”. Y para la ingesta de alcohol: “Para cada una de estas bebidas, ¿suele consumirlas sólo los fines de semana (incluso viernes por la tarde), sólo entre semana o en ambos indistintamente?” Las posibles respuestas vienen determinados por 6 tipos de bebidas alcohólicas que tienen que puntuar con un 0: no consume; 1: Fines de semana; 2: Entre semana y 3: Ambos indistintamente. El rango se encuentra entre 0 y 18, a mayor puntuación, mayor frecuencia de consumo. Tal y como está desarrollada la pregunta por la ENS, no se puede evaluar la cantidad de alcohol consumida, solo como de frecuente es este consumo.

Así podemos valorar los hábitos en la frecuencia y cantidad en el consumo de tabaco y la frecuencia en el consumo de alcohol. También se indaga sobre la edad de inicio de ambos consumos, en caso de realizarse.

Con respecto al descanso diario, se pregunta por el nº de horas de sueño diario, si esas horas de sueño le permiten descansar lo suficiente (sí o no) y por las dificultades relacionadas con el sueño, en el plazo de las últimas cuatro semanas al momento de realizar la encuesta.

Se interroga acerca de la actividad física que realiza cada participante, si realiza o no alguna actividad física en su tiempo libre y, el nº de veces que practica la actividad física en las últimas dos semanas.

Y con respecto a los hábitos alimenticios se pregunta por el desayuno que realizan de forma habitual y la frecuencia en el consumo de 12 tipos de alimentos. En función de la pirámide nutricional y las recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención de la obesidad (SEEDO, 2011), se ha dicotomizado la variable desayuno, según el consumo de los alimentos que están recogidos en la encuesta, en “Desayuno adecuado” (lácteo + cereal + zumo y/o fruta) y como “Desayuno no adecuado” si no se consumen los tres tipos de alimentos en este tipo de comida. Siguiendo las mismas recomendaciones dadas por la SEEDO, se analizan las frecuencias de consumo de los 12 tipo de alimentos recogidos en la parte de la encuesta relativo a los hábitos alimenticios, y se dicotomiza esta variable en “Alimentación adecuada” o “Alimentación no adecuada”.

También se recoge información referente al peso y la estatura de cada individuo y posteriormente se calcula el IMC, así como el seguimiento de algún tipo de régimen y el motivo de éste. Posteriormente se pregunta sobre cómo percibe cada individuo su peso en relación con su altura.

6.3.2.6 - Salud Mental

Para operativizar la medida de la salud mental, la ENS utiliza el *GHQ-12*. Este instrumento fue desarrollado por Goldberg y Blackwell (1988) y está considerado como el más apropiado dentro de las técnicas de identificación de casos para estudios epidemiológicos y como uno de

los más utilizados para medir el bienestar psicológico y detectar problemas psiquiátricos no psicóticos, prueba de ello es que ha sido traducido a 38 idiomas diferentes (Hewitt, Perry, Adams & Gilbod, 2010).

El instrumento ha sido validado para población española por Sánchez-López y Dresch (2008), que estudiaron la consistencia interna, la validez externa y estructural del cuestionario en población general española. Se encontró un alfa de Cronbach de .76 para población general, .75 para la muestra femenina y .76 para la muestra masculina, demostrando una fiabilidad y validez adecuada. Recientemente también fueron estudiadas sus propiedades psicométricas en población general española mayor de 16 años, obteniendo una elevada consistencia interna con un alfa de Cronbach de .86 (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell & Obiols, 2011).

La pregunta que utiliza la ENS para introducir esta cuestión es: “Ahora, nos gustaría saber cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar todas las preguntas”. Este cuestionario autocumplimentado, consta de 12 ítems con 4 posibles respuestas que serán puntuadas con un valor de 0 a: mejor que lo habitual, 0: igual que lo habitual, 1: menos que lo habitual y 1: mucho menos que lo habitual, por lo que se obtiene un rango de 0 a 12, donde las puntuaciones más altas indican peor salud mental.

Esta variable también ha sido dicotomizada en base a los puntos de corte utilizados más frecuentemente en la literatura, de forma que puntuaciones iguales o superiores a 3 en la escala total se considera una “Mala salud mental” y puntuaciones inferiores o iguales a 2 serán

consideradas como “Buena salud mental”, lo que nos permitirá determinados análisis estadísticos (Lobo & Muñoz, 1996).

6.3.2.7 - Estrés laboral

Para medir el nivel de estrés laboral, se utiliza la pregunta número 27 de la ENS: “Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Ud. El nivel de estrés de su trabajo, según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante). Puntuaciones superiores a 4 indican altos niveles de estrés laboral.

6.3.2.8- Satisfacción laboral

Utilizando la pregunta número 28 de la ENS se procede a evaluar el grado de satisfacción en el trabajo: “Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio). Puntuaciones superiores a 4 indican altos niveles de satisfacción laboral.

6.3.2.9 – Género

Para operativizar la medida de género, se ha utilizado el Inventario de Normas de Conformidad Masculina (*CMNI: Conformity to Masculine Norms Inventory*) diseñado por Mahalik y colaboradores (2003) y el Inventario de Normas de Conformidad Femenina (*CFNI: Conformity to Feminine Norms Inventory*) diseñado por Mahalik y colaboradores (2005).

Para la población enfermera masculina, el instrumento de medida utilizado ha sido traducido, adaptado y validado en población española por las investigadoras Cuéllar-Flores, Sánchez-López y Dresch (2011) del instrumento *CMNI* que vamos a proceder a describir. Y para medir género en las enfermeras, el instrumento aplicado ha sido traducido, adaptado y validado en población femenina española por las investigadoras Sánchez-López, Cuéllar-Flores, Dresch y Aparicio-García (2009) del instrumento *CFNI* que a continuación detallamos.

6.3.2.9.1 - Género masculino: Inventario de Normas de Conformidad Masculina (CMNI)

El *CMNI* que se aplica a los enfermeros consta de 94 ítems con 11 escalas que medirán el grado de conformidad o disconformidad con 11 roles de género masculinos: “Ganar” *Winning*, “Control emocional” *Emotional control*, “Conductas de riesgo” *Risk-taking*, “Violencia” *Violence*, “Poder sobre las mujeres” *Power over women*, “Dominancia” *Dominance*, “Donjuanismo” *Playboy*, “Independencia” *Self-reliance*, “Primacía del trabajo” *Primacy of work*, “Desprecio hacia la homosexualidad” *Disdain of homosexual* y “Búsqueda de posición social” *Pursuit of Status* y una escala de masculinidad total (ver tabla 6.1).

En el *CMNI*, el enfermero debe señalar su respuesta en una escala *likert* que incluye 4 posibilidades: 0: Totalmente en desacuerdo, 1: Desacuerdo, 2: Acuerdo y 3: Totalmente de acuerdo. Las puntuaciones totales presentan un rango de 0 a 282. Las puntuaciones elevadas indican la conformidad con el rol tradicional masculino del participante. En población española, este cuestionario obtiene un coeficiente alfa de Cronbach de .89 para la escala total, con un rango de .67 a .81 para las subescalas (Cuéllar-Flores, Sánchez-López & Dresch, 2011).

Tabla 6.1 - Descripción de las escalas del CMNI.

Subescala	Definición de la norma masculina	Ejemplos de los ítems
Ganar / <i>Winning</i>	Querer ser admirado y respetado por el éxito conseguido	En general, haría cualquier cosa con tal de ganar
Control emocional/ <i>Emocional control</i>	Utilizar medidas para el control y restricción de las emociones	Es mejor ocultar las emociones
Conductas de riesgo/ <i>Risk-taking</i>	Utilizar actitudes de dureza y riesgo	Me gusta arriesgarme
Violencia/ <i>Violence</i>	Tener actitudes duras y violentas	Creo que la violencia nunca está justificada
Poder sobre las mujeres/ <i>Power over women</i>	Las mujeres están subordinadas al hombre	En general, controlo a las mujeres de mi vida
Dominancia/ <i>Dominance</i>	Querer ser admirado por la competitividad, dureza, poder y subordinar a las mujeres	En general, tengo que salirme con la mía
Donjuanismo/ <i>Don Juan</i>	Tener aventuras, ocultar emociones y subordinar a la mujeres	Si pudiera, tendría citas con muchas personas diferentes
Independencia/ <i>Self-Reliance</i>	Confianza en sí mismo e independencia de lo emocional	Jamás comparto mis sentimientos
Primacía del trabajo/ <i>Primacy of work</i>	Hay que ser el sostén de la familia, persiguiendo el éxito	El trabajo es lo primero
Desprecio hacia la homosexualidad/ <i>Disdain for homosexuals</i>	Desdén hacia los homosexuales y restringir el afecto con otros hombres	Me sentiría incómodo si alguien pensase que soy gay
Búsqueda de posición social/ <i>Pursuit of status</i>	Ser el sostén de la familia, admirado y respetado	Trabajo duro para ganar

Fuente: Mahalik et al., 2003. Elaboración propia

6.3.2.9.2 - Género femenino: Inventario de Normas de Conformidad Femenina (CFNI)

El CFNI que mide el género en las enfermeras, consta de 84 ítems, con 8 escalas que analiza el grado de conformidad o disconformidad con 8 roles de género femenino: “Valorar agradablemente las relaciones” *Nice in relationship*, “Cuidadora de niños” *Care for children*,

“Delgadez” *Thinness*, “Fidelidad sexual” *Sexual fidelity*, “Modestia” *Modesty*, “Ser romántica en las relaciones” *Romantic relationship*, “Hogareña” *Domestic* e “Invertir en la imagen o apariencia” *Invest in appearance* y una escala de feminidad total (ver tabla 6.2).

Tabla 6.2 - Descripción de las escalas del CFNI.

	Definición de la norma femenina	Ejemplos de los ítems
Valorar agradablemente las relaciones/ <i>Nice in relationships</i>	Relaciones de amistad y apoyo a los demás	Es importante hacer saber a la gente que son especiales
Cuidadora de niños/ <i>Care for children</i>	Estar y cuidar a niños	Cuidaría niños para divertirme
Delgadez/ <i>Thinness</i>	Perseguir el ideal de cuerpo delgado	Sería más feliz si fuera más delgada
Fidelidad sexual/ <i>Sexual fidelity</i>	Tener relaciones sexuales dentro de una relación de compromiso	Sólo tendría sexo si tuviera una relación de compromiso, como el matrimonio
Modestia/ <i>Modesty</i>	Evitar llamar la atención sobre cualidades o talentos	Me siento incómoda si me escogen para alabarme
Ser romántica en las relaciones/ <i>Romantic relationship</i>	Cuidar las relaciones amorosas	Las personas solteras me dan pena
Hogareña/ <i>Domestic</i>	Cuidadora del hogar	Es importante mantener limpio el espacio donde se vive
Invertir en la imagen o apariencia/ <i>Invest in appearance</i>	Utilizar recursos para mantener y mejorar la apariencia física	Es importante tener un aspecto físico atractivo en público

Fuente: Mahalik et al., 2005. Elaboración propia

En los estudios donde se ha utilizado el *CFNI* (Mahalik et al., 2005) se concluye que es un instrumento de medida con una fuerte consistencia interna para las diferencias entre hombres y mujeres; al comparar el *CFNI* con el *Bem Sex Role Inventory* (Bem, 1974), el *CFNI* correlaciona positivamente con feminidad y negativamente con masculinidad. El *CFNI* en comparación con la *Eating Disorder Inventory* (Garner, Olmstead & Polivy, 1983), tiene una correlación significativa y positiva; finalmente el *CFNI* presenta altos puntajes en los estudios test-retest para un periodo de dos a tres semanas.

Como con la escala de masculinidad *CMNI*, en el *CFNI*, la enfermera señala su respuesta en una escala *likert* que incluye 4 posibilidades: 0 Totalmente en desacuerdo, 1 Desacuerdo, 2 Acuerdo y 3 Totalmente de acuerdo. Las puntuaciones totales presentan un rango de 0 a 252, de forma que puntuaciones más altas en *CFNI* nos indican que la encuestada está más conforme con el rol tradicional de la mujer. En la evaluación de la consistencia interna las autoras obtuvieron un coeficiente alfa de Cronbach para la escala total de .86 y el rango de valores para las subescalas fue de .72 para el más bajo y de .91 para el mayor (Sánchez-López & Cuellar-Flores, 2011).

6.3.2.10 - Matutinidad/Vespertinidad

La matutinidad /vespertinidad es un componente de la personalidad que nos ofrece información sobre el funcionamiento físico y psicológico de los sujetos en función de su ritmo biológico. Como ya se ha expuesto en el marco teórico, la cronopsicología ha clasificado a los individuos en función de cronotipos, de forma que aquellos que se encuentran mejor durante la mañana se denominan “matutinos” en contraposición a los que refieren sentirse mejor por la tarde, a los que se define como “vespertinos” y, se denominan como “intermedios o indiferenciados” a aquellos que no tiene una preferencia clara por la mañana o la tarde.

El instrumento utilizado para medir la matutinidad/vespertinidad se realiza con la versión española (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2005) de la Escala Compuesta, *Composite Morningness Scale CS* (Smith, Reilly & Midkiff, 1989), en el que los participantes tienen que responder a 13 preguntas referentes a actividades y preferencias en los horarios de realización, con respuestas que se miden en formato tipo *likert*. El sumatorio de las puntuaciones tiene un rango que va de 13 a 55 puntos, de forma que cuanto más alta es la puntuación, más tendencia

a la matutinidad tiene el sujeto, y al contrario, cuanto más baja, más tendencia a la vespertinidad. Las propiedades psicométricas de este instrumento han sido analizadas en diferentes países obteniéndose buenos resultados. El coeficiente alfa promedio de la escala es de .85 en población española (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2005).

En esta investigación se utilizan los puntos de corte de acuerdo con el criterio de Alzani & Natale (1998), según los cuáles la puntuación con rango de 13 a 26 recogerían el cronotipo vespertino, de 27 a 41 puntos para el cronotipo indeterminado y, de 42 a 55 para el cronotipo matutino.

6.3.2.11- Niveles de cortisol en plasma

El estudio de los niveles de la hormona cortisol en plasma, ha sido utilizado para la valoración objetiva de los niveles de estrés en los individuos. Como ya se ha visto en el marco teórico, el cortisol es el glucocorticoesteroide de mayor importancia en las personas y cumple un papel esencial en el mantenimiento de numerosas funciones del organismo. La secreción del cortisol por parte de las glándulas suprarrenales sigue un ritmo circadiano, por lo que se hace imprescindible analizar los niveles de esta hormona por la mañana y por la tarde.

La técnica utilizada para la determinación cuantitativa del cortisol en plasma, se realizó a través del test de inmunoensayo *Elecsys Cortisol®* que se sirve de las técnicas in vitro de electroquimioluminiscencia que emplea el principio competitivo con un anticuerpo policlonal dirigido específicamente contra el cortisol. Los intervalos de referencia establecidos por este laboratorio, en muestras en plasma de personas sanas (percentil 5 a 95) son los siguientes:

muestras matutinas, de 7 a 10 a.m.: 171–536 nmol/l (6,2–19,4 µg/dl) y para las muestras vespertinas, de 4–8 p.m.: 64–340 nmol/l (2,3–12,3 µg/dl).

Los criterios de exclusión fueron la toma de corticoides por parte de los participantes y además para las mujeres el estado de gravidez, ya que ambas circunstancias se alteran significativamente los niveles de esta hormona. Se indica a los participantes que estén en ayunas desde las 00:00 del día de la extracción, no fumen y se abstengan de realizar ejercicio físico, hasta el momento de la extracción matutina, haciendo su vida normal hasta la extracción de las 20:00 horas.

6.4 - Procedimiento.

Una vez presentado el proyecto de investigación en la Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Getafe, éste es estudiado por la comisión de Investigación y Ética del hospital, donde se da la autorización pertinente para su realización.

A través de la Dirección de Enfermería, se convocó una reunión con todos/as los/as Supervisores/as de las áreas del hospital para informar sobre el objetivo de la investigación y solicitar la colaboración de éstos/as. Se facilitó por parte de la Dirección de Enfermería un listado de los enfermeros y enfermeras a fecha 12/06/2010 y se programaron las reuniones con los/as supervisores/as del área en cuyos servicios trabajan enfermeros para comprobar los días y turnos de trabajo de cada uno de ellos.

A fecha 12/06/2010 había 103 enfermeros en activo, en todo el hospital, se procedió a la entrevista personalizada por parte de la investigadora con cada uno de ellos, donde se informó

detalladamente acerca del objetivo de la investigación, el proceso a seguir y las posibles complicaciones derivadas de la extracción de sangre. En esta entrevista individualizada se pregunta por la toma de corticoides para no incluir en la muestra a dicho sujeto, ya que es uno de los motivos de exclusión para el estudio, al alterar significativamente los resultados del cortisol en plasma, aunque ningún participante sigue este tipo de tratamiento.

Entre todos aquellos que estuvieron interesados en participar en la investigación se proporcionó una encuesta anónima con un código (ver anexo 1 y 2). Dicho código fue trasladado junto con sus datos personales y teléfono o mail a un archivo manteniendo la confidencialidad de los sujetos en todo momento. En esta entrevista se fija la fecha para la recogida de las muestras de cortisol en sangre, buscando un día que coincidiera con su jornada de trabajo tanto en la mañana o en la tarde (para evitar al menos un desplazamiento al hospital, o de la entrevistadora a sus domicilios), siempre que no hubieran realizado noche en la jornada inmediatamente anterior a la muestra (es decir, que hubieran tenido descanso nocturno), se les pide que estén en ayunas, sin fumar y sin realizar ejercicio físico antes de la extracción. Las extracciones se realizaron a la 8h de la mañana (antes de iniciar el turno de trabajo de los enfermeros que trabajan de 8 a 15h); entre aquellos que no trabajaban en este turno, algunos de los participantes se trasladaron al hospital y en otros casos la investigadora concertaba una cita en su domicilio para realizar la extracción.

La extracción de las 20 horas se realizó en el mismo día que la muestra de las 8h, de forma que para aquellos enfermeros que estaban trabajando en el turno de tarde (15-22h) la muestra fue extraída por la investigadora en el hospital; y para aquellos enfermeros que no trabajaban en el turno de tarde, éstos se trasladaron al hospital para la segunda muestra o bien la investigadora realizaba la extracción en su domicilio. Junto con la extracción se recogía la encuesta que se

había facilitado el día de la entrevista y el consentimiento informado y firmado (ver anexo 3 y 4) por parte del participante.

Todas las muestra que se extraen en domicilio, se trasladan al hospital mediante refrigeración, manteniendo la muestra a una temperatura de 2° C a 8° C. Las muestras fueron etiquetadas con un código de laboratorio junto con la hora en que se realizó la extracción, los códigos de las muestras de la mañana y de la tarde se adjuntaron al archivo con los datos personales y el código de la entrevista, manteniendo la confidencialidad en todo el proceso.

El proceso de selección y recogida de datos y muestras de los enfermeros finalizó el 22/10/2010 con un total de 98 participantes (de los 5 enfermeros que no accedieron al estudio, 3 de ellos alegaron un miedo insuperable a las agujas y otros 2 por parecerles que la encuesta realizaba preguntas muy íntimas), siendo el 95% de la plantilla total de enfermeros del hospital. Todas las muestra de sangre fueron adecuadas y los resultados se agregaron al archivo de datos.

Finalizado el proceso de selección masculina, se obtiene por parte de la Dirección de Enfermería un listado actualizado de las enfermeras que trabajan en todos los servicios del hospital, de forma que a fecha 12/06/2010 había 588 enfermeras en plantilla. De todas ellas se descartó, aquellas enfermeras que trabajaban en servicios donde no se habían reclutado participantes masculinos, (servicios como consulta de alergia, anatomía patológica, paritorio), las plantas 3C (endocrino-reumatología), 3D (medicina interna), 4C (geriatría), endoscopias, esterilización, hospital de día oncológico, atención al paciente y hospital de día psiquiátrico. La muestra quedó reducida a 438 enfermeras.

De la base de datos de los enfermeros analizados se extrae el perfil de edad, estado civil, nº de hijos, nº de personas dependientes a su cargo, realización o no de turno nocturno y servicio de trabajo.

Se concertaron nuevas reuniones con los/as supervisores/as de los servicios de donde procedían los enfermeros participantes, para conocer los días y los turnos de trabajo de las enfermeras inicialmente preseleccionadas (por estar en el mismo servicio que sus compañeros de estudio) y poder concertar una entrevista con ellas. De cada servicio se busca el mismo nº de enfermeras que de enfermeros había en la muestra masculinas; en la entrevista inicial a las enfermeras, se indaga para seleccionar a aquellas que cumplieran las mismas (o lo más parecido posible) variables que sus compañeros varones, en edad, estado civil, nº de hijos, nº de personas dependientes y en la realización o no, de turnos nocturnos.

De entre todas aquellas enfermeras que accedieron a participar en el estudio y cumplían con las variables anteriormente expuestas y, si superaban en número al que se obtuvo en la muestra masculina, se procedió a asignar un número aleatorio y, al azar se extrajeron a aquellas que entrarían a formar parte del estudio. Únicamente en dos servicios no había enfermeras que cumplieran los mismos requisitos que sus compañeros varones, por lo que se obtuvo la muestra del servicio más parecido.

En la entrevista con las enfermeras interesadas en el estudio se descartó a aquellas enfermeras que estuvieran embarazadas (en total 6 enfermeras) o en tratamiento con corticoides (2 enfermeras), ya que ambas circunstancias alteran los niveles de cortisol en sangre. El comienzo en la recogida de muestras y entrevistas a la población enfermera femenina se realizó el 4/11/20.

Cada participante femenina recibió un código de encuesta (ver anexo 1) exacto al del compañero masculino con el que coincide en servicio de trabajo, turno, estado civil, edad, nº de hijos y nº de personas dependientes a su cargo. La información sobre el estudio, entrega de los consentimientos informados (ver anexos 3 y 4) y recogida de muestras, siguió el mismo procedimiento que para los enfermeros. La finalización de la recogida de muestras y encuestas a las enfermeras se realizó el 9/02/2011.

6.5- Análisis de datos.

Este apartado ha sido dividido según los estudios de la investigación recogidos en el anterior capítulo nº 5 Objetivos e hipótesis. Todos los cálculos estadísticos han sido realizados con el programa estadístico *SPSS (Statistical Products and Service Solutions)* versión 15.0.

6.5.1 – Estudio 1: Análisis psicométrico de los instrumentos.

Se ha calculado el coeficiente alfa de Cronbach para los instrumentos de medida de salud mental (*GHQ-12*), género (*CMNI* y *CFNI*) y la escala de matutinidad y vespertinidad (*CS*).

6.5.2 – Estudio 2: Análisis de las diferencias en salud y género entre la muestra de población enfermera y la población general española.

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio para la muestra total, la muestra masculina y la muestra femenina. Este mismo procedimiento se realizó para estudiar la población general española, utilizando los datos aportados por la ENS (2006) en los conglomerados de edad de 16 a 54 años (por estar incluidos en este rango de edad los

participantes de esta investigación), tanto en la población total como en los datos desagregados por sexo. Para ello se realizaron tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y de variabilidad. Para las variables continuas se han calculado la media (M) y la desviación típica (DT) y para las variables discretas se han expresado los porcentajes de éstas. Se ha comprobado que las variables no tenían sesgo extremo en la distribución.

Para hallar las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las variables cuantitativas de salud física, mental, estilos de vida y género, comparando el grupo de profesionales de la enfermería con el de la población general y por sexos (diferencias intragrupo e intergrupos) se calculó el coeficiente t de Student, señalándose el tamaño del efecto “d”, según lo establecido por Cohen (1977). Para el análisis de las diferencias de porcentajes en las variables cualitativas de salud física y estilos de vida, se aplicó la prueba de Chi cuadrado.

6.5.3 – Estudio 3. Análisis de la salud y género en los profesionales de la enfermería

Para este apartado se realizaron los análisis necesarios para contrastar las hipótesis 3, 4 y 5, planteadas en este Estudio 3, con la finalidad de comprobar las diferencias en salud y género de las enfermeras y enfermeros.

Para contrastar la hipótesis 3, se realizan los análisis para conocer las diferencias de salud física, salud mental, estilos de vida, matutinidad/vespertinidad y niveles de cortisol en sangre entre los enfermeros y las enfermeras. Para analizar las diferencias de medias entre aquellas variables cuantitativas que no se distribuyen con normalidad, se han utilizado las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y para aquellas variables que se distribuyen con normalidad,

la prueba paramétrica *t* de Student; con el análisis del Chi cuadrado se medirá la diferencia de porcentajes de las variables cualitativas.

También se estudia las diferencias de medias, con los estadísticos *U* de Mann-Whitney, *t* de Student y Chi cuadrado, según correspondiera, por tramos de edad y sexo, dividiendo la muestra según la mediana de la distribución de la edad (*Me*), por lo que se obtiene el grupo de profesionales de la enfermería que denominamos “jóvenes” con un rango de edad de 20 a 38 años y el grupo de “mediana edad” que agruparía a los participantes con edades comprendidas entre los 39 y los 56 años.

Para contrastar la hipótesis 4 y una vez realizados los análisis de diferencias de medias en la muestra total y desagregada por sexo y edad, se realizan los análisis para conocer la asociación estadísticamente significativa entre género y las variables de estudio, para lo que se calculan las correlaciones parciales con el coeficiente *rho* de Spearman (r_s) entre la variable género masculino y femenino utilizando la escala total de ambas y las variables de salud física, mental y estilos de vida, controlando la edad.

Posteriormente se analizó las relaciones entre género femenino y salud, calculando el coeficiente de correlación de *rho* de Spearman (r_s), entre las 8 escalas que miden la variable de género en mujeres y las variables de salud física, mental y estilos de vida. De la misma forma se analizan las correlaciones parciales entre las 11 escalas de género masculino y las variables de estudio.

Como últimos estudios para contrastar esta hipótesis 4, se han realizado los análisis de regresión logística multivariada con el método paso a paso *stepwise*, para la explicación de las

tres variables que presentan una mayor diferencia estadísticamente significativa entre los hombres y las mujeres de la muestra enfermera, que fueron la salud autopercebida, salud mental y número de problemas de salud, en función del resto de variables de salud física, salud mental, estilos de vida, género, matutinidad/vespertinidad y niveles de cortisol en plasma.

Para finalizar el Estudio 3, se ha procedido a contrastar la hipótesis 5, analizando los modelos obtenidos de las ecuaciones de regresión logística, en función de las variables criterios seleccionadas (salud autopercebida, salud mental y número de problemas de salud) y, conforme a las relaciones propuestas por el Modelo Teórico Transaccional de Salud.

En el próximo apartado, capítulo 7, se va a proceder a describir los resultados obtenidos de los análisis estadísticos que han sido enumerados en este epígrafe, para posteriormente discutirlos en el capítulo 8.

Capítulo 7

Resultados

Capítulo 7. Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados ordenados según los tres estudios de los que consta esta investigación. En la primera parte (Estudio 1) se exponen los resultados para alcanzar el objetivo 1 propuesto, que trata sobre el análisis de la fiabilidad de los instrumentos utilizados y la comprobación de la idoneidad de éstos que permita proseguir con el resto de estudios. Para ello se contrasta la nombrada como hipótesis 1.

En la segunda parte (Estudio 2) y previo a los análisis específicos de este estudio, se muestran los resultados de las características sociodemográficas y de salud de los enfermeros y enfermeras que componen la muestra de estudio, para posteriormente presentar las investigaciones realizadas para conseguir el Objetivo 2, que será analizar las diferencias de las variables salud y género entre los profesionales de la enfermería y la población general española. Este segundo objetivo se estudia al contrastar las hipótesis 2.1 y 2.2.

El tercer apartado (Estudio 3) está dedicado a los resultados obtenidos de investigar exclusivamente la muestra de enfermeras y enfermeros desde varias perspectivas, para lo que se proponen los objetivos 3, 4 y 5. Con los resultados de la comparación del estado de salud entre las enfermeras y los enfermeros, se contrasta la hipótesis 3 y se analiza el primer objetivo propuesto del Estudio 3 (objetivo 3).

A continuación se presentan los resultados sobre la comparativa de la variable rol de género y las variables de salud estudiadas, con el Objetivo 4 de comprobar si el género modula la salud de los hombres y las mujeres de la muestra enfermera, por lo que se realizan los estudios pertinentes para contrastar la planteada como hipótesis 4.

Para finalizar los análisis de este Estudio 3, se han descrito los resultados de los tres modelos obtenidos en las ecuaciones de regresión en enfermeros y enfermeras respectivamente, para comprobar que el modelo teórico de salud propuesto por Bruchon-Sweitzert (2012) se adapta a la población de estudio y, contrastar así, la hipótesis 5 de esta investigación.

7.1 – Estudio 1. Estudio psicométrico de los instrumentos

7.1.1 - Objetivo1.- Análisis de la fiabilidad de los instrumentos

A continuación se presentan los análisis psicométricos realizados para los instrumentos que miden salud mental (*GHQ-12*), matutinidad/vespertinidad (*CS*) y género (*CMNI* y *CFNI*).

7.1.2 - Hipótesis 1: *Los instrumentos utilizados tendrán la fiabilidad adecuada para ser utilizadas en la población de estudio.*

7.1.3 – *GHQ-12*

Para comprobar si el *GHQ-12* reúne las propiedades psicométricas para su uso como medida de salud mental en la muestra enfermera, se ha realizado el análisis de la consistencia interna del instrumento, calculando el coeficiente alfa de Cronbach en la muestra total y en las muestras de enfermeras y enfermeros respectivamente, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 7.1.1 - Valores del estadístico alfa de Cronbach para el instrumento *GHQ-12* en enfermeras y enfermeros.

	TOTAL N:196	MUJERES n:98	VARONES n:98
GHQ-12	,855	,879	,814

Los estudios realizados por los autores que crearon el instrumento *GHQ-12*, informan de alfas de Cronbach que varían entre 0,82 y 0,86 (Goldberg et al., 1997). En España, se encontraron un alfa de Cronbach de 0,76 para población general, 0,75 para la muestra femenina y 0,76 para la muestra masculina (Sánchez-López & Dresch, 2008) y los resultados más recientes en población española arrojan unos resultados para el alfa de Cronbach de 0,86 tanto para la muestra general como para la muestra masculina y femenina (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2011). De forma que el uso de éste instrumento en la población de estudio es pertinente, siguiendo las indicaciones para evaluar la consistencia interna de instrumentos de medida (Cronbach, 1951).

7.1.4 – Matutinidad/Vespertinidad (CS)

El instrumento utilizado para medir los cronotipos matutinos, vespertinos o indiferenciados de la muestra de estudio, se realizó con la Escala Compuesta *Composite Morningness Scale* (CS) (Smith, Reilly & Midkiff, 1989), a partir de la versión española creada por Díaz-Morales y Sánchez-López (2005); el cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach para la muestra total y desagregado por sexo obtiene los resultados que quedan recogidos en la tabla 7.1.2

Tabla 7.1.2 - Valores del estadístico alfa de Cronbach para el instrumento CS en enfermeras y enfermeros.

	TOTAL N:196	MUJERES n:98	VARONES n:98
CS	,859	,870	,858

Las propiedades psicométricas han sido descritas en los trabajos de Smith, Reilly y Midkiff (1989) obteniendo un alfa de Cronbach de 0,87, posteriormente los análisis de fiabilidad y validez han sido corroborados en sucesivos estudios con valores de alfa de Cronbach que oscilan entre 0,75-0,92. En población española se han obtenido resultados que van desde 0,75 (Sánchez-López & Díaz-Morales, 2001) hasta 0,87 (Díaz-Morales & Aparicio-García, 2003), de forma que con los resultados obtenidos en la muestra de estudio, la escala CS muestra una fiabilidad adecuada (Cronbach, 1951).

7.1.5 – Género

7.1.5.1- Inventario de Conformidad con las Normas Masculinas (CMNI).

El instrumento utilizado para medir la coherencia con el rol tradicional masculino en la muestra de enfermeros es el Inventario de Conformidad con las Normas Masculinas (CMNI) y el análisis de validez de dicho instrumento para la muestra de enfermeros del estudio, obtiene un alfa de Cronbach de 0,91 para la escala de masculinidad total.

El instrumento original utilizado en hombres estadounidenses obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94 para la escala total (Mahalik et al., 2003). La investigación en la que se traduce, adapta y valida este instrumento a población masculina española, informa de un coeficiente alfa de Cronbach de 0,90 para la escala total (Cuellar-Flores, Sánchez-López & Dresch, 2011). Por tanto, se verifica la pertinencia del instrumento en la muestra de estudio (Cronbach, 1951).

7.1.5.2- Inventario de Conformidad con las Normas Femeninas (CFNI).

En la muestra femenina del estudio se aplicó el instrumento *CFNI* para medir el grado de coherencia de las enfermeras al rol tradicional femenino; dicha escala obtiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84 en la escala total.

El instrumento original utilizado en mujeres estadounidenses presentó un coeficiente alfa de Cronbach para la escala total de 0,88 (Mahalik et al., 2005). En España, el instrumento fue traducido, adaptado y validado para población femenina con un alfa de Cronbach en la escala total de 0,87 (Sánchez-López & Cuellar-Flores, 2011), con lo que se demuestra la adecuación del instrumento para medir rol de género femenino en las enfermeras de la muestra.

Contraste de la hipótesis 1: con los resultados obtenidos en los análisis de consistencia interna de los instrumentos de medida utilizados, se determina que la hipótesis 1 se cumple, de forma que los instrumentos utilizados tienen la fiabilidad adecuada para ser utilizados en la población de estudio.

7.2- Estudio 2. Análisis de la salud y género entre la muestra enfermera y la población general española.

7.2.1- Objetivo 2. Analizar las diferencias existentes entre la muestra de población enfermera y la población general española en salud y género.

Una vez comprobada la fiabilidad de los instrumentos utilizados (Estudio 1), se procede a estudiar los análisis realizados para alcanzar el objetivo número 2.

7.2.2- Hipótesis 2. Contrastar las hipótesis 2.1 y 2.2.

En función de la complejidad del objetivo número 2, se han propuesto dos hipótesis para contrastarlo:

7.2.2.1- Hipótesis 2.1 *Las enfermeras y enfermeros obtendrán mejores puntuaciones en salud física y estilos de vida y peores puntuaciones en salud mental y estrés laboral que la población general española.*

7.2.2.2- Hipótesis 2.2 *Las enfermeras obtendrán mayores puntuaciones en rol tradicional de género que las mujeres de la muestra general, y los hombres enfermeros obtendrán menores puntuaciones en rol tradicional de género, que los hombres de la población general española.*

Previo a describir los análisis estadísticos objeto de esta investigación, se presentan los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra total y desagregados por sexo de la población enfermera y de la población general española.

7.2.4.-Estadísticos descriptivos.

7.2.4.1- Estadísticos descriptivos de la muestra enfermera.

Como ha sido expuesto en el capítulo 6 de ésta investigación titulada Método, se ha buscado la máxima homogeneidad de la muestra en las condiciones sociodemográficas, se examinó la forma de la distribución de las variables y se comprueba que no presentan sesgo extremo, por lo que se presentan los datos en tablas donde se compara las diferencias de medias de las

variables cuantitativas con los estadísticos t de Student y la diferencia de porcentajes con el estadístico Chi cuadrado.

La muestra total está compuesta por 196 profesionales de la Enfermería, distribuidos en un grupo de 98 mujeres (50%) y otro con 98 hombres (50%). Esta fue la primera variable de homogeneización de la muestra, donde se obtienen una distribución por sexos igualitaria.

Los rangos de edad de la muestra total van desde los 20 a los 56 años con una media (M) de 32,45 y una desviación típica (DT) de 16,84. Como se puede observar en la tabla 7.2.1, en la muestra femenina, las edades de las participantes estaban comprendidas entre los 22 y los 56 años y en la muestra masculina entre los 20 y los 56 años. Se intentó homogeneizar al máximo los grupos en función de ésta variable como aparece en los datos.

Todos los participantes se encuentran en activo, en la misma categoría laboral (DUE) y como se puede apreciar en la tabla con un rango muy amplio en el número de meses trabajados como enfermeras/os que está directamente relacionado con la edad del participante. Así las enfermeras presentan un rango de meses trabajados que oscila entre los 7 meses y los 432 meses (36 años trabajados que corresponde con la enfermera que tiene 56 años de edad) y, los enfermeros obtienen una horquilla que va desde 1 mes trabajado a 396 meses (33 años trabajados que corresponde con el enfermero que tiene 56 años de edad).

La variable cargas familiares incluye el número de hijos/as y sus edades, así como el número de personas dependientes (nº personas dptes.) a cargo del participante (padres/madres, hermanos/as u otros familiares que requieran de cuidados directos). También fue una variable donde se buscó la máxima coincidencia entre los enfermeros y las enfermeras de la muestra.

Tabla 7.2.1 - Diferencias de medias entre enfermeras y enfermeros en variables sociodemográficas con el estadístico t de Student.

	TOTAL M(DT) N:196	MUJERES M(DT) n:98	VARONES M(DT) n:98	t	d	Tamaño del efecto
Edad	32.45(16.84)	32.60 (8.20)	32.29 (8.64)	-2.6 ns	-	-
Nº Meses DUE	108.42(96.5)	114.92(92.83)	101.92(99.43)	-.95 ns	-	-
Nº Hijos	0.40(0.73)	0.42(0.76)	0.39(0.71)	-2.94 ns	-	-
Edad primer hijo	9.78(7.33)	11(7.44)	8.56(7.16)	-1.19 ns	-	-
Edad segundo hijo	9.03(5.36)	8.71(5.33)	9.50(5.60)	.38 ns	-	-
Nº personas dptes.	0.05(0.26)	0.06(0.28)	0.04(0.25)	.37 ns	-	-
Edad primer dpte.	76(17.64)	69.8(20.35)	86.33(2.08)	1.36 ns	-	-
Edad segunda dpte.	82.5(3.54)	85(-)	80(-)	-	-	-

ns: no significativo

Para la variable número de hijos/as se obtiene un rango que va de 0 a 2 hijos/as en ambas muestras, con unas horquilla en las edades de éstos que van desde los 0 a los 32 años para el primer hijo/a en la muestra femenina y de 0 a 21 años para el segundo/a hijo/a (una de las participantes tenía hijos gemelos de 9 meses, por lo que ambos hijos aparecen dentro de los 0 años). En la muestra de enfermeros, las edades del primer hijo/a oscilaban entre los 0 a los 28 años y de 1 a 21 años para el segundo hijo/a.

Con respecto al número de personas dependientes, el rango oscila entre 0 y 2 personas dependientes a cargo de los participantes. Hay 5 enfermeras con personas dependientes, 4 de ellas con 1 persona y otra enfermera con dos personas dependientes a su cargo, las edades oscilan entre los 40 y los 88 años de edad para la primera persona, teniendo la segunda una edad de 85 años. Los enfermeros que tienen personas a su cargo son 3, uno de los participantes tiene dos dependientes a los que cuida con unas edades comprendidas entre los 84 y los 88 años de edad, para la primera persona dependiente y, de 80 años para la segunda persona dependiente.

Tabla 7.2.2 - Diferencias de porcentajes entre enfermeras y enfermeros en variables sociodemográficas con el estadístico Chi Cuadrado.

	MUJERES n:98	HOMBRES n:98	p
Estado civil			1.00
Soltero	66.3%	66.3%	
Pareja/Casado	29.6%	29.6%	
Divorciado	3.1%	3.1%	
Viudo	1%	1%	
Turno nocturno			
Sí	78.6%	78.6%	1.00
No	21.4%	21.4%	
Ayuda tareas domésticas			
Sí	41.8%	25.5%	.016
No	58.2%	74.5%	
Ayuda remunerada			
Sí	23.5%	14.3%	.100
No	76.5%	85.7%	

Como se ha visto en el marco teórico, realizar turnos nocturnos tiene unas consecuencias directas sobre la salud y las relaciones familiares y sociales, de forma que ésta fue otra de las variables considerada prioritaria en la homogeneización entre la muestra masculina y femenina. La tabla 7.2.2, informa que 7 de cada 10 hombres y mujeres de la muestra, tienen dentro de su jornada laboral turnos que van desde las 22h a las 8h.

La variable estado civil es otra de las variables que se tuvieron en cuenta en la selección de la muestra para la homogeneización de los grupos, de esta forma se obtuvo el mismo número de hombres que de mujeres para los estados civiles de soltero/a, casado/pareja, divorciado/a y viudo/a.

Como se puede ver en la tabla 7.2.2., el estado civil predominante es el soltero/a, estando en este grupo 6 de cada 10 participantes, casado/a para 3 de cada 10 participantes y una muy escasa representación en los estados de divorciados/as, con un único representante para el estado civil de viudo/a.

La variable “ayuda en las tareas doméstica” hace referencia a si los participantes tienen otras personas que colaboren con ellos/as para realizar labores de limpieza, tareas del hogar, cuidado de niños o personas dependientes, etc. También se recoge si por ese trabajo pagan una remuneración económica. Como aparece en la tabla 7.2.2, aproximadamente 4 de cada 10 enfermeras tienen algún tipo de ayuda, y de éstas sólo el 23% pagan por éste trabajo. Con respecto a sus compañeros enfermeros, sólo 2,5 de cada 10 enfermeros tiene algún tipo de ayuda y de éstos el 14% remuneran estos servicios.

En el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas entre enfermeros y enfermeras, se observa que la única variable donde hay una diferencia estadísticamente significativa es en la variable “ayuda en las tareas domésticas”, como era de esperar, al estar el resto de variables controladas para homogeneizar la muestra y poder realizar estudios adecuados y pertinentes.

7.2.4.2- Estadísticos descriptivos de la población general española.

Los datos de la población general española con los que se ha realizado la comparación, se encuentran recogidos por el INE a partir de la ENS realizada desde junio del 2006 a junio del 2007 y cuyos datos fueron publicados en marzo del 2008. La encuesta es de ámbito nacional, con un muestreo polietápico estratificado.

La ENS estratifica la muestra de estudio según la edad, en grupos que van desde los 0 años hasta el grupo de 75 y más años, agrupándolos cada diez años a partir de los 16 años. De forma que para realizar una comparación adecuada se han utilizado los datos de la poblaciones masculinas y femeninas que se encuentran recogidas entre los 16 y los 54 años, y que recogería el 99% de la muestra enfermera (recordemos que hay una enfermera y un enfermero de 56 años que estarían fuera del rango de 45 a 54 años, y se ha creído conveniente dejar dentro del

estudio, al ser mínima la desviación de edad con respecto al grupo de la ENS). La muestra total de población general española recogidas en las franjas de edad de 16 a 54 años son 25.434 personas, de las cuales 12.473 son mujeres (49%) y 12.961 (51%) son hombres.

Se ha comprobado que la distribución de las variables no presentan sesgo extremo y debido al formato de los datos de la ENS (no se pueden acceder a los rangos de las variables, sólo aporta medias (M), desviaciones típicas (DT) y porcentajes (%), de las poblaciones totales), se han realizado los análisis de diferencia de medias, ente la población enfermera y la población general española, de las variables cuantitativas con el estadístico t de Student en vez de utilizar el coeficiente U de Mann-Whitney, como se ha hecho en la comparación entre enfermeros y enfermeras (para aquellas variables que no presentan una distribución normal y para las que si hay acceso a los rangos). Para comparar porcentajes se ha utilizado Chi cuadrado.

Para facilitar la lectura de los resultados obtenidos en este estudio se ha procedido a unificar las tablas con los estadísticos descriptivos de todas las variables a estudiar en cada una de las muestras, y presentar los datos recogidos de ambas poblaciones totales y desagregadas por sexo en el anexo 5 (tablas 1 a 9), de tal forma que aquí se presentan las tablas que analizan las diferencias de resultados.

A continuación se procede a contrastar la primera de las dos hipótesis de este estudio número 2, dedicado al análisis de las diferencias existentes entre la muestra de población enfermera y la población general española en salud y género.

Hipótesis 2.1: *Las enfermeras y enfermeros obtendrán mejores puntuaciones de salud física y estilos de vida y peores puntuaciones en salud mental y estrés laboral que la población general española.*

Para contrastar esta hipótesis se ha procedido a estudiar las diferencias de medias de las diferentes variables desagregándolas por sexo, de forma que en un primer análisis se contrasta dicha hipótesis entre las enfermeras y las mujeres de la población general española (hipótesis 2.1.1) y a continuación se procederá a confirmar dicha hipótesis entre los enfermeros y los hombres de la población general española (hipótesis 2.1.2).

Las variables han sido agrupadas en variables cualitativas dicotómicas y analizadas con el estadístico Chi cuadrado y en variables cuantitativas con el estadístico t de Student. Se han considerado las significaciones estadísticas con $*p<0.05$, $**p<0.01$ y $***p<0.001$, a las que se ha señalado el tamaño del efecto (T.E. a partir de ahora), de acuerdo a la correspondencia definida por Cohen (1977), a saber $d=0.20$ (T.E. bajo), $d=0.50$ (T.E. medio) y $d=0.80$ (T.E. alto).

Contraste de la Hipótesis 2.1.1: *Las enfermeras obtendrán mejores puntuaciones de salud física y estilos de vida y peores puntuaciones en salud mental y estrés laboral que las mujeres de la población general española.*

Con respecto a esta hipótesis se confirma con los datos de la tabla 7.2.3 que las enfermeras (80.6%) refieren en mayores porcentajes que las mujeres de la población general (72.8%) tener una buena salud autopercebida.

Tabla 7.2.3 - Diferencia de porcentajes entre enfermeras y mujeres de la población general española y entre enfermeros y hombres de la población general española en variables físicas y estilos de vida con el estadístico Chi cuadrado.

	ENFERMERAS n:98	MUJERES n:12473	χ^2	P	Ø	ENFERMEROS n:98	HOMBRES n:12961	χ^2	P	Ø
Salud autopercebida buena	80.6%	72.88%	2.56	.11	ns	93.9%	81.43%	9.19	.002	ns
Salud autopercebida mala	19.4%	27.12%				6.1%	18.57%			
Fuma Sí	33.7%	32.88%	0.04	.95	ns	29.6%	39.9%	3.89	.048	ns
Fuma No	66.3%	67.13%				70.4%	60.1%			
Consume alcohol Sí	56.1%	46.09%	3.54	.06	ns	83.7%	66.84%	11.7 1	.000	ns
Consume alcohol No	43.9%	53.9%				16.3%	33.15%			
Actividad física Sí	51%	55.49%	0.61	.43	ns	71.4%	67.97%	0.38	.53	ns
Actividad física No	49%	44.51%				28.6%	32.02%			
Realiza Dieta Sí	20.4%	11.8%	6.09	.013	ns	11.2%	7.4%	1.54	.21	ns
Realiza Dieta No	79.6%	88.2%				88.8%	92.6%			
IMC Normal	78.6%	61.2%	11.65	.000	ns	53.1%	45.9%	1.72	.19	ns
IMC Alterado	21.4%	38.8%				46.9%	54.1%			

El coeficiente Ø para el tamaño del efecto obtiene valores que van desde de 0.005 a 0.03; ns: no significativo.

En cuanto a las variables de estilos de vida, no existen diferencias significativas en los hábitos de consumo de tabaco ($\chi^2=0.04$; gl=1; p-sig=.95) y frecuencia en el consumo de alcohol ($\chi^2=3.54$; gl=1; p-sig=.06), aunque las enfermeras presentan unos IMC dentro de la normalidad en porcentajes significativamente mayores ($\chi^2=11.65$; gl=1; p-sig=.000) a los que obtienen las mujeres de la población general española; así como que las enfermeras realizan en mayor porcentaje dieta (20.4%) frente a las mujeres encuestadas por la ENS (11.8%) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=6.09$; gl=1; p-sig=.01).

Con los datos aportados por la tabla 7.2.4 con respecto a la variable número de consultas médicas, se confirma que las enfermeras consultan al médico/a de familia en un número significativamente menor que lo hacen las mujeres preguntadas por la E.N.S. ($t=7.70$; $p<.001$), con un tamaño del efecto alto (T.E.=1.01).

Tabla 7.2.4 - Diferencia de medias entre enfermeras y mujeres de la población general española y entre enfermeros y hombres de la población general española en variables físicas y estilos de vida con el estadístico t de Student.

	ENFERMERAS n:98	MUJERES n:12473	t	Tamaño del efecto	ENFERMEROS n:98	HOMBRES n:12961	t	Tamaño del efecto
Salud mental	2.28(2.81)	1.61(2.45)	2.69**	0.25(pequeño)	1.47(2.26)	1.06(2.06)	1.96*	-
Nº consultas médico familia	0.27(0.55)	1.08(1.04)	7.70***	1.01(alto)	0.16(0.47)	1.03(0.83)	10.36***	1.34 (alto)
Nº consultas médicos especialistas	0.28(0.55)	0.62(0.95)	3.54***	0.45(pequeño-mediano)	0.26(0.63)	0.56(1.1)	2.70**	0.35(pequeño)
Estrés laboral	5.22(1.25)	4.16(1.70)	6.16***	0.72(medio-alto)	4.82(1.38)	4.09(1.66)	4.34***	0.48(pequeño-mediano)
Satisfacción laboral	5.29(1.24)	5.04(1.57)	1.57	-	5.40(1.32)	4.96(1.46)	2.97**	0.32(pequeño)
Edad de comienzo consumo tabaco	16.94(2.06)	17.08(3.58)	0.39	0.22(pequeño)	17.77(5.4)	16.79(2.56)	2.82**	0.22(pequeño)
Edad comienzo consumo alcohol	18.61(2.74)	19.09(4.05)	1.17	0.30(pequeño)	18.52(3.78)	17.51(3)	3.31***	0.30(pequeño)
Nº horas sueño diario	7.33(1.02)	7.73(1.27)	3.11**	0.35(pequeño)	7.32(1.02)	7.62(1.23)	2.41*	0.27(pequeño)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

En la variable número de horas de sueño diario, las enfermeras obtienen unas puntuaciones peores ($t=3.11$; $p<.01$) en comparación a las mujeres de la población general, siendo el tamaño del efecto pequeño (T.E.=.35), siendo ésta la variable que no se confirma en esta hipótesis.

También se confirma que el estado de salud mental de las enfermeras obtiene unas peores puntuaciones que las mujeres de la población general española ($t=2.69$; $p<.001$), siendo el tamaño del efecto pequeño ($T.E.=.25$), así como unos niveles de estrés laboral significativamente muy superiores a las mujeres de la ENS ($t=6.16$; $p<.001$) con un tamaño del efecto medio-alto ($T.E.=.72$).

Por tanto, la hipótesis se confirma para las siguientes variables:

- ✓ Niveles salud física: número de consultas médicas (menor número de consultas médicas en las enfermeras que en las mujeres de la población general, ($t=7.70$; $p<.001$), con un tamaño del efecto alto ($T.E.=1.01$).
- ✓ Estilos de vida: Las enfermeras tienen mayores puntuaciones del IMC dentro de la normalidad que las mujeres de la población general ($\chi^2=11.65$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.000$) y están en mayor proporción a dieta que las mujeres de la población general española ($\chi^2=6.09$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.01$).
- ✓ Salud mental. Las enfermeras presentan peores puntuaciones en salud mental que las mujeres encuestadas por la ENS ($t=2.69$; $p<.001$), siendo el tamaño del efecto pequeño ($T.E.=.25$).
- ✓ Estrés laboral. Las enfermeras puntúan más alto en estrés laboral que las mujeres de la población general ($t=6.16$; $p<.001$) con un tamaño del efecto medio-alto ($T.E.=.72$).

No se confirma para:

- ✓ Estilos de vida (número de horas de sueño). Las enfermeras obtienen peores puntuaciones para el número de horas de sueño diarias que las mujeres de la población general ($t=3.11$; $p<.01$), con un tamaño del efecto pequeño (T.E.=.35),

Contraste de la Hipótesis 2.1.2: *Los enfermeros obtendrán mejores puntuaciones de salud física y estilos de vida y peores puntuaciones en salud mental y estrés laboral que los hombres de la población general española.*

Al comparar los resultados entre enfermeros y hombres de la ENS se comprueba que los enfermeros refieren de forma estadísticamente significativa tener una mejor salud autopercebida que los hombres de la población general española ($\chi^2=9.19$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.002$).

También se confirma que los enfermeros consultan con su médico/a de familia en un menor número de ocasiones, siendo ésta diferencia especialmente significativa ($t=10.36$; $p<.001$), con un tamaño del efecto alto (T.E.=1.34).

Con respecto a la variable estilos de vida, se puede observar en la tabla 7.2.3 que los enfermeros fuman en unos porcentajes menores a los que lo hacen los hombres de la ENS ($\chi^2=3.891$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.048$), sin embargo la frecuencia en el consumo de alcohol es mayor en los profesionales varones de la enfermería frente a los hombres de la población general ($\chi^2=11.71$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.000$). También se comprueba que los enfermeros duermen un menor número de horas que sus homólogos de la ENS ($t=2.41$; $p<.05$), aunque con un tamaño del efecto pequeño (T.E.=0.27).

Cuando se compara el grupo de enfermeros con los hombres de la población general española en la variable salud mental, se observan unas peores puntuaciones para los enfermeros en esta variable, con significación estadística ($t=1.96$; $p<.05$); así como unas puntuaciones significativamente más altas en estrés laboral para la muestra de hombres enfermeros ($t=4.34$; $p<.001$), con un tamaño del efecto moderado ($T.E.=0.48$).

De forma que la hipótesis se confirma para las siguientes variables:

- ✓ Niveles de salud física. Los enfermeros refieren una mejor salud autopercebida ($\chi^2=9.19$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.002$) y un número de consultas médicas menor que los hombres de la ENS ($t=10.36$; $p<.001$), con un tamaño del efecto alto ($T.E.=1.34$).
- ✓ Consumo de tabaco. Los enfermeros fuman en unos porcentajes menores a los que lo hacen los hombres de la ENS ($\chi^2=3.891$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.048$).
- ✓ Salud mental. Los enfermeros obtienen peores puntuaciones en salud mental que los hombres de la población general española ($t=1.96$; $p<.05$).
- ✓ Estrés laboral. Los enfermeros presentan puntuaciones más altas en estrés laboral que los hombres encuestados por la ENS ($t=4.34$; $p<.001$), con un tamaño del efecto moderado ($T.E.=0.48$).

No se confirma en las variables:

- ✓ Frecuencia consumo de alcohol. Los enfermeros consumen con mayor frecuencia alcohol que los hombres de la ENS ($\chi^2=11.71$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.000$).

- ✓ Estilos de vida (número de horas de sueño). Los enfermeros duermen menos horas que los hombres de la población general española ($t=2.41$; $p<.05$), aunque con un tamaño del efecto pequeño ($T.E.=0.27$).

Contraste Hipótesis 2.1: con los datos aportados se puede afirmar que la hipótesis 2.1 se confirma parcialmente: los enfermeros y enfermeras tienen mejores puntuaciones de salud física y estilos de vida, excepto en la variable número de horas de sueño en ambos y en la frecuencia de consumo de alcohol para los enfermeros y presentan peores puntuaciones en salud mental y mayores puntuaciones en estrés laboral en comparación con los hombres y mujeres de la población general española.

A continuación se procede a analizar los resultados del contraste de la segunda hipótesis planteada en este estudio 2, denominada hipótesis 2.2:

Hipótesis 2.2: *Las enfermeras obtendrán mayores puntuaciones en rol tradicional de género que las mujeres de la muestra general y, los hombres enfermeros obtendrán menores puntuaciones en rol tradicional de género, que los hombres de la población general española.*

Al igual que se ha analizado la hipótesis 2.1 sobre salud entre ambas poblaciones desagregándolas por sexo, se realiza la comparación en el rol de género femenino entre las enfermeras y las mujeres de la población general española para contrastar parte de la hipótesis 2.2 (contraste hipótesis 2.2.1); posteriormente se ejecutan los mismos análisis para comparar el rol de género masculino, entre los enfermeros y los hombres de la población general española (contraste hipótesis 2.2.2).

Contraste de la Hipótesis 2.2.1: *Las enfermeras obtendrán mayores puntuaciones en rol tradicional de género que las mujeres de la muestra general.*

Para conocer las diferencias en las puntuaciones sobre rol de género entre las enfermeras con respecto a las mujeres españolas estudiadas por Cuéllar- Flores, Sánchez-López y Dresch (2011), se ha procedido a presentar en la tabla 7.2.5, los datos referentes a las medias y desviaciones típicas de cada una de las 8 escalas, más la escala total, de las que está compuesta el instrumento *CFNI* (Inventario de Normas de Conformidad Femenina).

El análisis de las diferencias de medias, una vez comprobada la distribución normal de la variable género con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se ha realizado a través del estadístico *t* de Student, añadiendo el tamaño del efecto, que es interpretado según las correspondencias previstas por Cohen (1977), ya vistas en la anterior comparativa de la variable salud.

Las enfermeras puntúan más alto que las mujeres de la muestra general española en 7 de las 8 escalas de las que se compone el instrumento para medir rol de género femenino, así como en la escala total; y en todas ellas, excepto en la escala *CFNI-1 Valorar agradablemente las relaciones* y en la escala *CFNI-6 Ser romántica en las relaciones*, las diferencias son estadísticamente significativas.

Por tanto las enfermeras son más coherentes con el rol tradicional femenino que las mujeres de la población general española, especialmente en la escala *CFNI-7 Hogareña* donde las diferencias de medias ($t=6.07$; $p<.001$), tienen un tamaño del efecto medio-alto ($T.E.=0.73$) y en la escala *CFNI- total* ($t=4.15$; $p<0.001$), con un tamaño del efecto medio ($T.E.=0.50$).

Tabla 7.2.5 - Diferencia de medias entre enfermeras y mujeres de la población general española en las subescalas del CFNI con el estadístico t de Student.

	Enfermeras n:98	Mujeres población Española# n:425	t	Tamaño del efecto
	M(DT)	M(DT)		
CFNI_1 <i>Valorar agradablemente las relaciones</i>	36.85(4.92)	36.46(6.59)	0.55	
CFNI_2 <i>Cuidadora de niños</i>	20.21(6.89)	21.62(6.59)	2.16*	-0.21(pequeño)
CFNI_3 <i>Delgadez</i>	17.83(6.32)	14.87(5.77)	4.49***	0.49(pequeño-med)
CFNI_4 <i>Fidelidad sexual</i>	16.40(4.11)	14.59(5.08)	3.29**	0.39(pequeño-med)
CFNI_5 <i>Modestia</i>	13.79(3.01)	12.64(3.10)	3.33***	0.38(pequeño-med)
CFNI_6 <i>Ser romántica en las relaciones</i>	14.12(3.67)	13.89(3.45)	0.59	
CFNI_7 <i>Hogareña</i>	17.11(2.93)	14.71(3.65)	6.07***	0.73(alto)
CFNI_8 <i>Invertir en la imagen o apariencia</i>	12.63(3.48)	11.34(3.57)	3.24**	0.37(pequeño-med)
CFNI-TOTAL (Rango=111-185)	148.95(15.72)	140.13(19.64)	4.15***	0.50(medio)

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

#Datos de Cuéllar-Flores, Sánchez-López y Dresch, (2011)

Las mujeres de la población española estudiada puntúan únicamente en una escala, la *CFNI-2 Cuidadora de niños*, por encima de las puntuaciones obtenidas por la muestra de enfermera ($t=2.16$; $p<0.05$), con un tamaño del efecto pequeño ($T.E.=0.21$).

Con los datos analizados se concluye que las enfermeras puntúan más alto en coherencia con el rol tradicional de género que las mujeres analizadas de la población general española.

Contraste de la Hipótesis 2.2.1: *Los enfermeros obtendrán menores puntuaciones en rol tradicional de género que los hombres de la muestra general.*

Se ha procedido de la misma forma que en la comparativa con la muestra femenina, utilizando los datos de los hombres de la población general española estudiados por Cuéllar-Flores, Sánchez-López y Dresch (2011).

La tabla 7.2.6 describe una población masculina enfermera que puntúa en 10 de las 11 escalas por debajo de las valoraciones que los hombres de la población general española hacen sobre su coherencia al rol tradicional masculino, así como una escala total, donde también los enfermeros puntúan significativamente más bajo que sus homólogos en la población general española ($t=5.28$; $p<0.001$), con un tamaño del efecto medio ($T.E.=0.60$).

Tabla 7.2.6 - Diferencia de medias entre enfermeros y hombres de la población general española en las subescalas del CMNI con el estadístico t de Student.

	Enfermeros n:98	Hombres población Española# n:727	t	Tamaño del efecto
	M(DT)	M(DT)		
CMNI_1 <i>Ganar</i>	12.97(3.67)	13.59(4.08)	1.43	
CMNI_2 <i>Control emocional</i>	14.40(4.51)	14.65(4.47)	0.52	
CMNI_3 <i>Conductas de riesgo</i>	13.77(3.55)	14.76(3.61)	2.55*	-0.27 (pequeño)
CMNI_4 <i>Violencia</i>	7.74(3.8)	9.96(4.14)	5.03***	-0.56 (medio)
CMNI_5 <i>Poder sobre las mujeres</i>	6.33(3)	8.86(4.59)	5.30***	-0.66 (medio)
CMNI_6 <i>Dominancia</i>	4.71(1.75)	5.33(2.01)	2.91**	-0.33(pequeño-med)
CMNI_7 <i>Donjuanismo</i>	13.29(4.6)	14.19(5.46)	1.56	
CMNI_8 <i>Independencia</i>	4.79(2.62)	6.68(2.60)	6.75***	-0.72 (alto)
CMNI_9 <i>Primacía del trabajo</i>	8.35(2.91)	9.19(3.50)	2.27*	-0.26 (pequeño)
CMNI_10 <i>Desprecio a la homosexualidad</i>	10.26(5.16)	12.27(5.08)	3.67**	-0.39(pequeño-med)
CMNI_11 <i>Búsqueda posición social</i>	9.88(2.29)	9.60(2.64)	1.01	
CMNI_TOTAL (Rango= 55-166)	106.47(19.53)	119.13(22.64)	5.28***	-0.60 (medio)
* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$ #Datos de Cuéllar-Flores, Sánchez-López y Dresch, (2011).				

Son especialmente significativas, las diferencias encontradas con puntuaciones inferiores en los enfermeros con respecto a los hombres de la población general, en las escalas *CMNI-8 Independencia* ($t=6.75$; $p<0.001$), con un tamaño del efecto alto ($T.E.=0.72$), y en las escalas *CMNI-4 Violencia* ($t=5.03$; $p<0.001$) y *CMNI-5 Poder sobre las mujeres* con un tamaño del efecto medio respectivamente ($T.E.=0.56$ y $T.E.=0.66$).

En conclusión con los datos aportados, los enfermeros puntúan más bajo en coherencia con el rol tradicional masculino que los hombres de la población general española.

Contraste Hipótesis 2.2: la hipótesis 2.2 se confirma, las enfermeras obtienen mayores puntuaciones en rol tradicional de género que las mujeres de la muestra general, y los enfermeros puntúan más bajo en coherencia con el rol tradicional de género, que los hombres de la población general española.

Una vez analizadas las diferencias en salud y género de los profesionales de la enfermería con la población general española, se plantea el Estudio número 3, para comparar las variables de salud y de salud y género entre los hombres y mujeres de la población enfermera estudiada.

7.3-Estudio 3. Análisis de la salud y género en los profesionales de la enfermería

Para analizar el estado de salud de las enfermeras y enfermeros y los roles de género en ambos, se plantean los objetivos 3, 4 y 5.

7.3.1- Objetivo 3. Analizar de las diferencias en salud en los enfermeros y enfermeras de la población de estudio.

En base a la información desarrollada en el capítulo 2 Salud, del marco teórico, se propone la siguiente hipótesis:

7.3.2- Hipótesis 3 *Las enfermeras presentarán peores puntuaciones de salud que sus compañeros enfermeros.*

La dificultad para manejar las múltiples variables, ha obligado y, sólo desde un punto de vista de funcionalidad y para hacer más “amable” la lectura de los datos, a agrupar las variables, tal y como se comentó en el capítulo 6 Método, de forma que se utilizan las siguientes etiquetas, con las variables que recogen cada una de ellas:

1.-Salud física: salud autopercebida, problemas de salud, fármacos consumidos, niveles de cortisol a las 8 y 20 horas y número de consultas médicas (médico/a de familia y médicos/as especialistas).

2.-Salud mental: *GHQ-12*, estrés laboral y satisfacción laboral.

3.-Estilos de vida: consumo tabaco, frecuencia consumo alcohol, hábitos de sueño, ejercicio físico, alimentación, IMC, seguimiento de dietas y matutinidad/vespertinidad.

En un análisis previo se ha comprobado la normalidad de de las variables en las muestras de enfermeras y enfermeros, a través de los coeficientes de asimetría, curtosis y la prueba de Kolmogorov-Smirnov, de forma que para aquellas variables que se comportan con normalidad en la muestra de estudio: género (*CMNI/CFNI*), niveles de cortisol y matutinidad/vespertinidad (*CS*) se han comparado las medias con el estadísticos t de Student, en el resto de variables cuantitativa, las diferencias de medias han sido analizadas con el estadístico U de Mann-Whitney. La comparación de porcentajes para las variables cualitativas se han realizado con el

estadístico Chi cuadrado. Algunas variables numéricas, han sido transformadas en variables categóricas al ser dicotomizadas, según lo descrito en el capítulo 6 de Método, para poder realizar determinados análisis estadísticos.

7.3.2.1-Salud física

Al comparar los resultados de salud física por sexo en el grupo de profesionales de la enfermería recogidos en la tabla 7.3.1, se observa que las enfermeras refieren una peor salud autopercibida con significación estadística (U de Mann-Whitney=4035; n1=98; n2=98; p-sig=.020) y consecuente con esta información las enfermeras refieren padecer de forma muy significativa un mayor número de patologías (U de Mann-Whitney=3357; n1=98; n2=98; p-sig<.000) y un mayor consumo de fármacos (U de Mann-Whitney=3522; n1=98; n2=98; p-sig=.001) que sus compañeros enfermeros.

A pesar de referir una peor salud, un mayor número de patologías y un mayor consumo de medicamentos, en la variable número de consultas médicas no se aprecian diferencias significativas, ni tampoco se ve reflejado en un índice objetivable de estrés biológico, como son los niveles de cortisol en plasma a las 8h ni a las 20h.

Con respecto al análisis de los resultados de la hormona cortisol en plasma, variable que se distribuye con normalidad y cuyas diferencias de medias se han claculado con el estadístico t de Studnt, se evidencia que tanto las enfermeras como los enfermeros tienen unas puntuaciones medias dentro de los rangos de normalidad, tanto en las muestras de las 8 horas (niveles normales cortisol 8 horas: 6.2-19.4 µg/dl) como para las muestras de las 20 horas (niveles

normales cortisol 20 horas 2,3–12,3 µg/dl), sin que existan diferencias significativas en función del sexo.

Tabla 7.3.1 - Diferencia de medias entre enfermeras y enfermeros en salud física con el estadístico U de Mann-Whitney y el estadístico t de Student según corresponda.

	TOTAL M(DT) n:196	MUJERES M(DT) n:98	HOMBRES M(DT) n:98	U	p	t	d	Tamaño del efecto
Salud autopercebida	1.93(0.61)	2.04(0.67)	1.83(0.52)	4035	.020			
Problemas de salud	2.11(1.95)	2.61(2.07)	1.61(1.69)	3357	.000			
Número de consultas médicas	0.48(0.83)	0.54(0.89)	0.42(0.76)	4464	.305			
Fármacos consumidos	2.67(2.68)	3.15(2.75)	2.19(2.53)	3522	.001			
Cortisol 8h	18.58(7.15)	19.46(8.65)	17.70(5.15)			-1.73	-	-
Cortisol 20h	7.25(5.32)	7.09(4.99)	7.40(5.65)			.42	-	-

Nota: n1: Mujer; n2: Hombre

Para la variable problemas de salud se ha realizado un estudio más pormenorizado de las diferencias entre enfermeras y enfermeros en las 25 patologías incluidas en el cuestionario (ver tabla 2 del anexo 5) y, se ha procedido a recoger aquellas enfermedades que obtienen diferencias estadísticamente significativa entre hombres y mujeres; en todas ellas (varices en las piernas, dolor crónico cervical, estreñimiento, depresión/ansiedad, migraña, anemia y problemas tiroideos), son las mujeres las que superan en prevalencia a los hombres.

También se ha recogido las diferencias estadísticamente significativas en el consumo de los 22 medicamentos incluidos en el cuestionario (ver tabla 3 del Anexo 5), de estos resultados se desprende que las mujeres consumen más fármacos para el dolor, otros tipos de medicamentos

no recogidos en la encuesta y productos naturistas; y los hombres de forma estadísticamente significativa consumen más fármacos contra la alergia.

A continuación se presenta la tabla 7.3.2, donde se ha analizado las diferencias de porcentajes, a partir del estadístico Chi cuadrado, en la dicotomización de las variables anteriormente presentadas, para tener otra perspectiva de las diferencias entre enfermeras y enfermeros.

Como se explicó en el capítulo 6 de Metodología, la variable “salud autopercebida buena”, agrupa las respuestas de salud autopercebida muy buena y buena, quedando en la variable “salud autopercebida mala”, las respuestas de salud autopercebida regular, mala y muy mala. Con respecto al número de patologías y al consumo de fármacos, se ha categorizado la existencia de 1 o ninguna patología como “no tener dolencias físicas” y presentar 2 o más patologías como “tener dolencias físicas” y para la variable consumo de fármacos, consumir 1 o ningún fármaco se etiqueta como “no consumir fármacos” y consumir 2 o más fármacos como “consumir fármacos”.

Tabla 7.3.2 - Diferencia de porcentajes entre enfermeras y enfermeros en salud física con el estadístico Chi cuadrado.

	MUJERES n:98	HOMBRES n:98	χ^2	p
Salud autopercebida buena	80.6%	93.9%	7.75	.005
Salud autopercebida mala	19.4%	6.1%		
No tener dolencias físicas (≤ 1)	33.7%	59.2%	12.82	.000
Tener dolencias físicas (≥ 2)	66.3%	40.8%		
No consumir fármacos (≤ 1)	28.6%	48%	7.80	.005
Consumir fármacos (≥ 2)	71.4%	52%		

Al igual que se veía en la tabla 7.3.1, al especificar los porcentajes de cada variable, se observa como las enfermeras triplican los porcentajes en salud autopercibida mala con respecto a los hombres ($\chi^2=7.75$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.005$), así como porcentajes muy superiores de mujeres que refieren tener 2 o más patologías ($\chi^2=12.82$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.000$) y que consumen 2 o más fármacos ($\chi^2=7.80$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.005$), todos ellos con significación estadística en comparación con los datos de respuesta de los enfermeros.

7.3.2.2.- Salud mental

A continuación se procede al análisis de la salud mental de los enfermeros y las enfermeras, la tabla 7.3.3 muestra que las mujeres obtienen unas peores puntuaciones en salud mental (U de Mann-Whitney=3918; $n_1=98$; $n_2=98$; $p\text{-sig}=.020$), así como una puntuaciones más alta de estrés laboral que sus compañeros de profesión (U de Mann-Whitney=3980; $n_1=98$; $n_2=98$; $p\text{-sig}=.031$). No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción laboral.

Tabla 7.3.3 - Diferencia de medias entre enfermeras y enfermeros en salud mental con el estadístico U de Mann-Whitney.

	TOTAL M(DT) n:196	MUJERES M(DT) n:98	HOMBRES M(DT) n:98	U	p
Salud Mental GHQ12	1.87(2.58)	2.28(2.81)	1.47(2.26)	3918	.020
Estrés laboral	5.02(1.33)	5.22(1.25)	4.82(1.38)	3980	.031
Satisfacción laboral	5.34(1.28)	5.29(1.24)	5.40(1.32)	4451	.356

Se ha dicotomizado la variable salud mental con el instrumento *GHQ-12*, tal y como se documentó en el capítulo 6 de Método, de forma que se ha creado la variable “Salud mental buena” que aglutina las puntuaciones iguales o menores a 2, dejando las puntuaciones iguales o superiores a 3 como “Salud mental mala”. Del mismo modo se ha procedido con la variable estrés laboral, y tal y como aparece en la tabla 7.3.4, los porcentajes de enfermeras que refieren “Salud mental mala” ($\chi^2=4.27$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.039$) y estrés laboral ($\chi^2=3.87$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.049$) son superiores y estadísticamente significativos con respecto a los que refieren los enfermeros.

Tabla 7.3.4 - Diferencia de porcentajes entre enfermeras y enfermeros en salud mental con el estadístico Chi cuadrado.

	MUJERES n:98	HOMBRES n:98	χ^2	p
Salud mental ENS buena	64 (65.3%)	77 (78.6%)	4.27	.039
Salud mental ENS mala	34 (34.5%)	21 (21.4%)		
Estrés laboral Sí	79 (80.6%)	67 (61.4%)	3.87	.049
Estrés laboral No	19 (19.4%)	31 (31.6%)		

7.3.2.3.- Estilos de vida

Las variables recogidas en el epígrafe “estilos de vida”, y descritas en la tabla 7.3.5, evidencian como los enfermeros tienen una frecuencia de consumo de alcohol significativamente superior al consumo que realizan sus compañeras enfermeras (U de Mann-Whitney=3190; $n1=98$; $n2=98$; $p\text{-sig}<.000$), así como éstos, presentan unas puntuaciones en el IMC significativamente más altas que las que tienen las enfermeras (U de Mann-Whitney=3362; $n1=98$; $n2=98$; $p\text{-sig}<.000$), aunque la media de este indicador en los hombres se encuentra dentro de la normalidad.

Sin embargo los hombres enfermeros realizan actividad física en su tiempo libre con una frecuencia muy superior a la realizada por las mujeres enfermeras (U de Mann-Whitney=3121; n1=98; n2=98; p-sig<.000).

Tabla 7.3.5 - Diferencia de medias entre enfermeras y enfermeros en estilos de vida con el estadístico U de Mann-Whitney y el estadístico t de Student según corresponda.

	TOTAL M(DT) n:196	MUJERES M(DT) n:98	HOMBRES M(DT) n:98	U	p	t	p	Tamaño del efecto
Nº cigarrillos	2.84(5.65)	2.98(5.66)	2.69(5.68)	4592	.486			
Edad comienzo fumar	17.32(3.95)	16.94(2.06)	17.77(5.4)	467	.446			
Frecuencia alcohol	2.60(2.46)	1.98(2.18)	3.21(2.58)	3190	.000			
Edad comienzo consumo alcohol	18.56(3.33)	18.61 (2.71)	18.52 (3.78)	2438	.284			
Horas diarias sueño	7.32(1.02)	7.33(1.02)	7.32(1.02)	4673	.731			
Dificultad dormir	6.36(2.37)	6.72(2.62)	6(2.05)	4131	.087			
Frecuencia actividad física	7.09(9.77)	5.09(9.16)	9.13(9.97)	3121	.000			
IMC	23.99(3.98)	23.02(4.6)	24.96(3.56)	3362	.000			
Matutinidad/ Vespertinidad	32.93(6.7)	32.62(6.75)	33.23(6.68)			.64	-	-

Nota: n1: Mujer; n2: Hombre

También se objetiva que tanto enfermeras como enfermeros obtienen medias muy parecidas en cuanto a la tendencia hacia la matutinidad o vespertinidad, sin que existan diferencias significativas de forma que ambos se encuentran dentro de los cronotipos definidos como indeterminados. Al analizar los datos de los cronotipos según sexo que quedan recogidos en la tabla 7.3.6, se observa que tanto en mujeres como en hombres, el cronotipo más frecuente es el indeterminado (68.5% de mujeres y 76.7% de hombres), seguido del cronotipo vespertino

(22.4% de mujeres y 15.3% de hombres), con unos porcentajes muy similares en matutinidad (9.1% de mujeres y 8 % de hombres).

Tabla 7.3.6 – Porcentajes de la escala de Matutinidad/Vespertinidad (CS) según sexo.

		MUJERES n:98	HOMBRES n:98
Vespertinas/os	(CS 13-26)	22.4%	15.3%
Indeterminadas/os	(CS 27-41)	68.5%	76.7%
Matutinas/os	(CS 42-55)	9.1%	8%

Para obtener un mapa más detallado con respecto a los estilos de vida, se ha procedido a la dicotomización de las variables cuya naturaleza lo permiten, y que están descritas en el capítulo 6 de “Método”.

A partir de la tabla 7.3.7, se aprecia que si bien no hay significación estadística entre el porcentaje de mujeres que fuman con respecto a los hombres, éstas lo hacen en mayor porcentaje que sus compañeros de profesión. Se observa que las enfermeras superan en el doble los porcentajes de no consumo de alcohol con respecto a los enfermeros, y tal y como se valoró en la tabla anterior, los enfermeros beben alcohol de forma más frecuente, en unos porcentajes significativamente superiores a los porcentajes que obtienen los enfermeros ($\chi^2=10.18$; $gl=1$; $p\text{-sig}=.001$).

Con respecto a las variables que hacen referencia a los hábitos alimenticios, se concluye que no hay diferencias entre hombres y mujeres en éstas variables, según las recomendaciones dadas por la SEEDO (Sociedad Española para la prevención de la obesidad), y como se aprecia en la tabla 7.3.7, sólo un pequeño porcentaje de los enfermeros (36.7%) y aún más escaso en las

enfermeras (28.6%), realizan un desayuno adecuado (consistente en un lácteo + un cereal + un zumo/pieza de fruta). Con respecto al resto de alimentación y siguiendo las mismas recomendaciones anteriormente expuestas, en torno a 7 de cada 10 enfermeras y enfermeros llevan una alimentación adecuada.

Tabla 7.3.7 - Diferencia de porcentajes entre enfermeras y enfermeros en estilos de vida con el estadístico Chi cuadrado.

	MUJERES n:98	HOMBRES n:98	χ^2	p
Fuma Sí	33.7%	29.6%	0.38	.539
Fuma No	66.3%	70.4%		
Consume alcohol Sí	70.4%	88.8%	10.18	.001
Consume alcohol No	29.6%	11.2%		
Descanso/sueño Sí	55.1%	62.2%	1.03	.310
Descanso/sueño No	44.9%	37.8%		
Actividad física Sí	51%	71.4%	8.60	.003
Actividad física No	49%	28.6%		
Desayuno adecuado Sí	28.6%	36.7%	1.48	.223
Desayuno adecuado No	71.4%	63.3%		
Alimentación adecuada Sí	74.5%	72.4%	0.10	.746
Alimentación adecuada No	25.5%	27.6%		
Sigue dieta Sí	20.4%	11.2%	3.10	.078
Sigue dieta No	79.6%	88.8%		

En resumen, los resultados de los análisis nos indican que los enfermeros tienen una mejor salud autopercebida ($p < .05$), menor número de problemas de salud ($p < .000$), menor consumo de fármacos ($p < .001$), mejor salud mental ($p < .05$), menor estrés laboral ($p < 0.05$), mayor consumo de alcohol ($p < .000$), mayores IMC ($p < .000$) y mayor actividad física ($p < .000$).

Se ha creído interesante realizar todos los anteriores análisis desagregando los datos además de por sexo, por edad. Para facilitar la lectura de los resultados, se ha creado una tabla resumen (ver tabla 7.3.8), incluyendo exclusivamente aquellas variables que presenten diferencias

estadísticamente significativas. A efectos prácticos se ha dividido la muestra utilizando la mediana de edad, así se obtiene una población a la que denominamos joven (20-38 años) y una población a la que se nombra de mediana edad (39-56 años).

En esta tabla resumen se observa que a medida que los profesionales de la enfermería van cumpliendo años, disminuye el número de variables donde se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres, y no necesariamente porque los hombres comiencen a obtener peores puntuaciones con la edad (que podría ser perfectamente plausible, como ocurre con la variable problemas de salud en ambos sexos), sino principalmente porque las mujeres de mediana edad obtienen mejores puntuaciones que sus compañeras más jóvenes en variables como fármacos consumidos, salud mental y estrés laboral.

Tabla 7.3.8 - Comparativa de las variables de salud estadísticamente significativas en los profesionales de la enfermería desagregadas por sexo y edad.

	Mujeres muestra total vs. Hombres muestra total	Mujeres Jóvenes vs. Hombres Jóvenes (20-38 años)	Mujeres Mediana edad vs. Hombres Mediana edad (39-56)
Ayuda doméstica	(+) $\chi^2=5.85$; gl=1; p-sig=.016		
Salud autopercebida	(-) U=4030; p=.020	(-) U=2447; p<.048	
Problemas de salud	(+) U=3357; p<.000	(+) U=1861; p<.000	
Nº fármacos consumidos	(+) U=3522; p=.001	(+) U=1967; p=.001	
Salud Mental	(-) U=3918; p=.020	(-) U=2323; p=.042	
Estrés laboral	(+) U=3980; p=.031	(+) U=2342; p=.049	
Frecuencia consumo alcohol	(-) U=3190; p<.000	(-) U=2224; p=.017	(-) U=119; p=.001
Frecuencia actividad física	(-) U=3121; p<.000	(-) U=1952; p=.001	(-) U=138; p=.009
IMC	(-) U=3190; p<.000	(-) U=2089; p=.001	(-) U=147; p=.008

(+) Las enfermeras puntúan más alto que los enfermeros.

(-) Las enfermeras puntúan más bajo que los enfermeros.

Casilla en blanco, no hay diferencias estadísticamente significativas entre enfermeras y enfermeros

La tabla 7.3.9 recoge el análisis multivariado de la varianza (MANOVA) de las variables que se distribuyen con normalidad en el estudio según edad y sexo, calculando el estadístico “F” de Fisher-Snedecor para la relación edad*sexo.

Tabla 7.3.9 - Análisis Multivariado de la Varianza de los niveles de cortisol en plasma y los índices de Matutinidad/Vespertinidad según edad y sexo.

Variables	MUJERES				HOMBRES				F edad* sexo	Comparación por pares
	Jóvenes (1)		Mediana Edad (2)		Jóvenes (3)		Mediana Edad (4)			
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE		
Cortisol 8h	20.18	8.58	17.12	8.64	18.44	5.2	15.17	4.12	3.36*	1-4*
Cortisol 20h	7.37	4.9	6.15	5.24	8.03	5.99	5.25	3.64	1.96ns	3-4*
Matutinidad/vespertad	31.43	6.36	36.52	6.61	31.96	6.49	37.64	5.44	8.48**	1-2**; 1-4***; 2-3**; 3-4***

ns: no significativo; *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

De la tabla se desprende que las mujeres jóvenes son las que presentan mayores niveles de cortisol a las 8h de entre todos los grupos etarios e indistintamente del sexo, siendo estadísticamente significativa esta diferencia con el grupo de hombres de mediana edad. También es reseñable que en las tablas analizadas anteriormente no se objetivaba ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los cronotipos de las enfermeras y enfermeros ($t=0.645$; $p > .05$), y en esta tablas se observa que si bien la media de cada grupo sigue estando en el cronotipo indeterminado, a medida que aumentan la edad existe una mayor tendencia hacia la matutinidad, indistintamente del sexo.

Una vez analizadas las puntuaciones de las variables de salud según edad y sexo, se plantea averiguar cómo correlacionan estas variables entre sí e indagar en las similitudes o diferencias entre enfermeras y enfermeros.

Las tablas 7.3.10 y 7.3.11 nos muestran que tanto en mujeres como en hombres existen muchas más similitudes que diferencias en el modo de correlacionarse las diferentes variables de salud

entre si, aunque en el grupo de enfermeros se observa un mayor número de correlaciones estadísticamente significativas que en las enfermeras.

Tabla 7.3.10 - Correlaciones con el estadístico ρ de Spearman (r_s) entre las variables de salud en las enfermeras controlando la edad.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Salud autopercebida	1	,329**	,146	,221*	,393**	,191*	-,210*	,087	,032	,240*	,015	,076
2 Problemas de salud		1	,139	,182	,166	,117	-,146	,002	-,089	,237*	-,238*	,035
3 N° de fármacos consumidos			1	,353**	,188	-,076	,117	,064	,215*	,250*	-,071	,068
4 N° de consultas médicas				1	,256*	,217*	-,027	,031	,233*	,085	,055	,091
5 Salud mental					1	,231*	-,232*	-,047	,203*	,416**	,063	-,169
6 Estrés laboral						1	-,326**	-,139	,116	,161	,162	,071
7 Satisfacción laboral							1	,023	-,071	-,102	,049	-,009
8 Consumo de tabaco								1	,051	,104	-,015	,000
9 Frecuencia consumo de alcohol									1	-,039	,263**	-,040
10 Dificultad sueño/descanso										1	,043	,017
11 Actividad física											1	-,097
12 IMC												1

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

En la variable salud autopercebida, en ambos sexos existe una correlación con los problemas de salud, el número de consulta médicas, salud mental y estrés laboral, teniendo además para el hombre una correlación con el número de fármacos consumidos y con la frecuencia de la actividad física realizada (peor salud autopercebida si disminuye la frecuencia del ejercicio físico) y, en las mujeres con la variable satisfacción laboral.

Es reseñable como la variable número de problemas de salud, correlaciona significativamente en ambos sexos con la variable salud autopercebida (como se ha explicado anteriormente), y para la mujer con 2 variables más que son las dificultades para dormir y la frecuencia de ejercicio físico; sin embargo en los enfermeros correlaciona con 5 variable más y todas ellas con altos niveles de significación estadística, como son el consumo de fármacos, el número de consultas médicas, los niveles de salud mental, estrés laboral y los IMC (de los que difiere con las mujeres de la muestra de forma significativa).

Tabla 7.3.11 - Correlaciones con el estadístico ρ de Spearman (r_s) entre las variables de salud en los enfermeros controlando la edad.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Salud autopercebida	1	,313**	,253*	,289**	,272**	,369**	-,163	,031	-,034	,18	-,201*	,078
2 Problemas de salud		1	,402**	,351**	,220*	,304**	-,145	,107	-,136	,168	-,077	,261**
3 N° de fármacos consumidos			1	,495**	,231*	,281**	,012	,157	-,153	,346**	-,025	,081
4 N° de consultas médicas				1	,235*	,190	,047	-,116	-,189	,285**	-,163	-,079
5 Salud mental					1	,340**	-,102	,109	-,114	,338**	-,182	-,014
6 Estrés laboral						1	-,077	-,002	-,089	,277**	-,184	,063
7 Satisfacción con el trabajo							1	,037	,076	,050	,103	-,036
8 Consumo de tabaco								1	,074	-,094	-,096	,077
9 Frecuencia consumo de alcohol									1	-,023	,111	,029
10 Dificultad sueño/descanso										1	,036	,013
11 Actividad física											1	-,038
12 IMC												1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Igual ocurre con la variable salud mental, ya que en la mujer correlaciona con 5 variables y en los hombres con 6 variables, y tanto en ellas como en ellos coinciden con las variables salud autopercebida, con los niveles de estrés laboral y con las dificultades en el sueño/descanso, en el resto se evidencia la diferencia de cómo la mujer y el hombres perciben su salud mental.

Otras similitudes señalables se observan también en la variable dificultad para dormir, que en en ambos correlacionan con el consumo de fármacos y con la salud mental, en las enfermeras correlaciona además con la variable problemas de salud y en los enfermeros con el número de consultas médicas y con el estrés laboral.

Es interesante apuntar como en la mujer, la frecuencia en el consumo de alcohol se correlaciona con un mayor consumo de fármacos y peores puntuaciones en salud mental, mientras que en los enfermeros la variable frecuencia de consumo de alcohol no se correlaciona con ninguna otra variable.

Para finalizar, hay que señalar la existencia de variables que no correlacionan de forma significativa con ninguna otra y, como se ha comentado para los enfermeros, además de la frecuencia en el consumo de alcohol, son las variables consumo de tabaco y los índices de satisfacción laboral; para las mujeres las variables consumo de tabaco y los IMC, no se relacionan de forma estadísticamente significativa con ninguna otra variable.

Con todos los análisis estadísticos realizados se concluye que la hipótesis planteada se confirma en las siguientes variables:

- ✓ Salud física. Las enfermeras presentan peor salud autopercebida (U de Mann-Whitney=4035; $n_1=98$; $n_2=98$; $p\text{-sig}=.020$), un mayor número de problemas de salud (U de Mann-Whitney=3357; $n_1=98$; $n_2=98$; $p\text{-sig}<.000$) y mayor número de fármacos consumidos (U de Mann-Whitney=3522; $n_1=98$; $n_2=98$; $p\text{-sig}=.001$) que sus compañeros enfermeros.

- ✓ Salud mental. Las enfermeras obtienen peores puntuaciones en salud mental según el *GHQ-12* (U de Mann-Whitney=3918; $n_1=98$; $n_2=98$; $p\text{-sig}=.020$) y mayores niveles de estrés laboral (U de Mann-Whitney=3980; $n_1=98$; $n_2=98$; $p\text{-sig}=.031$) que los enfermeros.

- ✓ Estilos de vida. Las enfermeras realizan con menor frecuencia actividad física (U de Mann-Whitney=3121; $n_1=98$; $n_2=98$; $p\text{-sig}<.000$) que los enfermeros.

No se confirma en la variable:

- ✓ Estilos de vida. Los enfermeros consumen con mayor frecuencia alcohol (U de Mann-Whitney=3190; $n_1=98$; $n_2=98$; $p\text{-sig}<.000$) que las enfermeras.

Contraste Hipótesis 3. Con los datos aportados se puede decir que la hipótesis 3 se confirma casi en su totalidad: las enfermeras presentan peores índices de salud física, peores puntuaciones en salud mental y menor frecuencia en la realización de actividades físicas que los enfermeros. Los enfermeros consumen más frecuentemente alcohol.

7.3.3- Objetivo 4. Analizar las características de los roles de género presentes en las enfermeras y los enfermeros y su relación con los indicadores de salud.

Una vez examinadas las diferencias en salud entre enfermeros y enfermeras, se plantea un nuevo objetivo (objetivo 4) para este Estudio 3 que busca analizar si los roles de género inciden en las variables de salud entre los hombres y mujeres de la población enfermera estudiada.

Conforme a la información desarrollada en el capítulo 2 Salud y en el capítulo 3 Género del marco teórico, se propone la siguiente hipótesis:

7.3.4- Hipótesis 4. *Las enfermeras y enfermeros que sean más coherentes con el rol tradicional de género presentarán peores puntuaciones en salud.*

Previo a los estudios que se van a presentar para analizar las relaciones entre salud y género, se van a mostrar los resultados de la variable género en la muestra de estudio.

Ya en las tablas 7.2.5 y 7.2.6 respectivamente, se describía el instrumento de género femenino (*CFNI*) en la población enfermera en comparación con las mujeres de la población general española y el instrumento masculino (*CMNI*) en enfermeros y hombres de la población general española.

Recordamos que la variable género se comporta como una variable con distribución normal en la población de estudio donde la escala total del *CFNI* puede obtener puntuaciones que van desde el 0 al 252, las enfermeras tienen una puntuación media de 148.95 (D.T.=15.27), encontrándose en el cuartil 3 de la distribución. Los enfermeros tienen una media en la

puntuación total del *CMNI* de 106.47 (D.T.= 19.53), teniendo en cuenta que el instrumento tiene un rango de 0 a 282, la media de los enfermeros en la variable género se encuentra en el cuartil 2 de la distribución.

Igual que se han analizado las diferencias en las variables de salud, según la edad de las/os participantes, parece conveniente mostrar las diferencias entre la medida del instrumento de género según la misma división etaria.

Como se puede observar en la tabla 7.4.1, no hay diferencias significativas en ninguna de las escalas del instrumento que mide género, entre las enfermeras más jóvenes y las de mediana edad. Se aprecia una puntuación de la escala *CFNI*-total ligeramente superior en el grupo de mediana edad, pero no obtiene significación estadística ($t=0.52$; $p=0.60$).

Tabla 7.4.1 - Diferencia de medias con el coeficiente t de Student en el instrumento *CFNI* en las enfermeras según el grupo edad.

	Enfermeras Jóvenes n:76	Enfermeras Mediana edad n:22	t	Tamaño del efecto
	M(DT)	M(DT)		
CFNI_1 <i>Valorar agradablemente las relaciones</i>	37.31(4.78)	35.35(5.16)	1.66	
CFNI_2 <i>Cuidadora de niños</i>	20.24(6.79)	20.17(7.30)	0.04	
CFNI_3 <i>Delgadez</i>	17.49(6.33)	18.91(6.32)	0.92	
CFNI_4 <i>Fidelidad sexual</i>	16.25(4.17)	16.78(3.97)	0.53	
CFNI_5 <i>Modestia</i>	13.96(2.99)	13.22(3.33)	0.99	
CFNI_6 <i>Ser romántica en las relaciones</i>	13.96(3.75)	14.65(3.43)	0.77	
CFNI_7 <i>Hogareña</i>	16.85(2.93)	17.96(2.87)	1.57	
CFNI_8 <i>Invertir en la imagen o apariencia</i>	12.39(3.55)	13.34(3.13)	1.24	
CFNI_TOTAL (Rango=111-185)	148.95(15.72)	150.48(16.44)	0.52	

Jóvenes:20-38 años; mediana edad: 39-56.

Sin embargo, entre los dos grupos de enfermeros (ver tabla 7.4.2) se observa que en todas las escalas (excepto en *CMNI-9 Primacía en el trabajo*) los hombres de mediana edad puntúan más bajo que los hombres más jóvenes, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas en la escala *CMNI-total*, donde el grupo de enfermeros de mediana edad puntúa más bajo en coherencia con el rol tradicional masculino que el grupo más joven ($t=2.47$; $p=0.015$) y en la escala *CMNI-4 Poder sobre las mujeres* ($t=2.19$; $p=0.05$).

Tabla 7.4.2 - Diferencia de medias con el coeficiente t de Student en el instrumento CMNI en los enfermeros según el grupo edad.

	Enfermeros Jóvenes n:76	Enfermeros Mediana edad n:22	t	Tamaño del efecto
CMNI_1 Ganar	M(DT) 13.25(3.74)	M(DT) 12(3.35)	1.61	
CMNI_2 Control emocional	14.64(4.53)	13.45(4.44)	1.43	
CMNI_3 Conductas de riesgo	13.87(3.49)	13.41(3.84)	1.13	
CMNI_4 Violencia	8.13(3.93)	6.41(3.62)	0.54	
CMNI_5 Poder sobre las mujeres	6.39(3.15)	6.09(2.60)	2.19*	-0.46 (pequeño-med)
CMNI_6 Dominancia	4.80(1.82)	4.41(1.43)	0.41	
CMNI_7 Donjuanismo	13.36(4.85)	13.05(3.62)	0.94	
CMNI_8 Independencia	4.83(2.75)	4.64(2.15)	0.28	
CMNI_9 Primacía del trabajo	8.21(2.91)	8.82(3.50)	0.30	
CMNI_10 Desprecio a la homosexualidad	10.46(5.22)	9.55(5.01)	0.87	
CMNI_11. Búsqueda posición social	10.17(2.24)	8.86(2.17)	0.73	
CMNI_ TOTAL (Range = 55-166)	108.14(20.48)	100.68(14.85)	2.47*	-0.60 (medio)

Jóvenes:20-38 años; mediana edad: 39-56.

Para poder analizar las relaciones entre salud y género en los enfermeros y las enfermeras del estudio, se ha realizado en un primer lugar el análisis de las correlaciones entre la escala total del instrumento CMNI y la del CFNI, con las variables de salud a estudiar, controlando la edad,

ya que ha sido evidenciada la importancia de tener en cuenta esta variable en los estudios previamente realizados.

Al comparar los resultados de las correlaciones parciales, con el coeficiente *rho* de Spearman, entre la escala total de género femenino y las variables de salud que se recogen en la tabla 7.4.3, sólo se obtienen asociaciones significativas en las enfermeras entre la coherencia con el rol tradicional femenino y el consumo de tabaco ($n=98$; $r_s = -.250$; $p\text{-sig}=.005$) y con un sentido inverso, es decir, a mayor puntuación en rol tradicional femenino menos fuman estas mujeres.

Tabla 7.4.3 – Coeficiente de correlación *rho* de Spearman (r_s) entre la escala total de género y las variables de salud controlando la edad.

	<i>CFNI-total</i>	<i>CMNI -total</i>
Salud autopercebida	-,079	-,152
Problemas de salud	,094	-,107
Nº fármacos consumidos	,148	-,184
Nº consultas médicas	,033	-,160
Salud mental	-,015	-,012
Estrés laboral	,061	-,033
Satisfacción laboral	-,067	-,183
Consumo de tabaco	-,250**	,048
Frecuencia consumo de alcohol	-,057	,187*
Dificultad sueño/descanso	-,051	-,145
Actividad física	-,147	-,043

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Con respecto a los enfermeros, la asociación tiene un sentido positivo en la única correlación estadísticamente significativa que se recoge, a mayor coherencia con el rol tradicional masculino, mayor frecuencia en el consumo de alcohol ($n=98$; $r_s=.187$; $p\text{-sig}=.010$).

Los resultados obtenidos obligan a plantear la necesidad de analizar las correlaciones de cada una de las escalas del *CFNI* y del *CMNI* con las variables de salud en mujeres y hombres independientemente. Así se obtienen las siguientes tablas:

La tabla 7.4.4 ofrece información mucho más detallada y precisa que las correlaciones de la escala total para el rol de género femenino, así en un primer análisis, se observa que puntuar alto en el rol tradicional femenino a partir de la escala *CFNI-2 Cuidadora de niños*, se asocia a una mejor salud mental ($r_s = -.125$; $p\text{-sig} = .013$) y a un menor consumo de tabaco ($r_s = -.120$; $p\text{-sig} = .025$); se observa una relación directa entre la escala *CFNI-3 Delgadez* con un aumento en la frecuencia de consumo de alcohol ($r_s = .174$; $p\text{-sig} = .025$) y con mayores dificultades en el descanso/sueño ($r_s = .250$; $p\text{-sig} = .012$).

Tabla 7.4.4 - Correlaciones parciales con el coeficiente *rho* de Spearman (r_s) entre las 8 escalas del *CFNI* y las variables de salud controlando la edad.

	<i>CFNI-1</i>	<i>CFNI-2</i>	<i>CFNI-3</i>	<i>CFNI-4</i>	<i>CFNI-5</i>	<i>CFNI-6</i>	<i>CFNI-7</i>	<i>CFNI-8</i>
Salud autopercebida	-,160	-,098	,107	-,075	,206**	-,125	-,029	,050
Problemas de salud	-,108	,030	,019	,130	,149	,015	,018	,081
Nº de fármacos consumidos	,208	-,027	,082	,074	-,106	,072	,124	,042
Nº de consultas médicas	-,122	-,016	,113	-,036	,029	-,04	,083	,112
Salud mental	-,016	-,125*	,074	-,002	-,049	,167*	,008	,006
Estrés laboral	-,067	-,048	,115	-,124	,080	,147	-,019	,138
Satisfacción laboral	,179	,090	-,037	,009	,054	-,045	,145	-,028
Consumo de tabaco	-,114	-,120*	-,071	-,132	-,031	-,057	-,096	-,162
Frecuencia consumo de alcohol	-,049	-,202	,174*	-,138	-,186*	,149*	-,113	,268**
Dificultad sueño/descanso	-,166	-,117	,250*	-,118	-,074	-,021	-,068	-,038
Actividad física	-,033	-,150	-,062	-,056	-,086	,334	-,095	,111

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Nota: *CFNI_1* Valorar agradablemente las relaciones; *CFNI_2* Cuidadora de niños; *CFNI_3* Delgadez; *CFNI_4* Fidelidad sexual; *CFNI_5* Modestia; *CFNI_6* Ser romántica en las relaciones; *CFNI_7* Hogareña; *CFNI_8* Invertir en la imagen o apariencia.

La escala *CFNI-5 Modestia* ($r_s=.206$; $p\text{-sig}=.002$), se correlaciona con un aumento en las puntuaciones de salud autopercebida, lo que indica una peor salud autopercebida, así como con una menor frecuencia en el consumo de alcohol ($r_s= -.186$; $p\text{-sig}=.012$); puntuar alto en la escala *CFNI-6 Ser romántica en las relaciones* tiene una relación directa con peores puntuaciones en salud mental ($r_s=.167$; $p\text{-sig}=.049$) y con un aumento en la frecuencia de consumo de alcohol ($r_s=.149$; $p\text{-sig}=.025$). Por último, la escala con mayor significación estadística es la *CFNI-8 Invertir en la imagen o apariencia*, de forma que puntuar alto en esta escala tiene una relación directa con la frecuencia en el consumo de alcohol ($r_s=.268$; $p\text{-sig}=.008$).

En resumen, de las 9 correlaciones estadísticamente significativas, tener mayores puntuaciones en rol tradicional femenino se relaciona negativamente con 6 variables de salud y positivamente con 3 de ellas, aún así y como se comenta en el capítulo 8 Discusión y conclusiones, todas ellas se relacionan con el rol tradicional femenino. Una vez descritas las correlaciones entre el rol tradicional de género femenino y las variables de salud, se procede a realizar el mismo análisis con los enfermeros y la relación de las escalas del *CMNI* con las variables de salud.

A continuación se señalan los resultados estadísticamente significativos, recogidos en la tabla 7.4.5 acerca de las correlaciones existentes entre puntuar alto en la escala tradicional de rol masculino y su relación con las variables de salud, con el coeficiente *rho* de Spearman (r_s)

Es especialmente significativo ser coherente con el rol tradicional en la escala *CMNI-2 Control emocional* y obtener mejores puntuaciones en salud autopercebida ($r_s= -.255$; $p\text{-sig}=.001$) y realizar un menor número de consultas médicas ($r_s= -.134$; $p\text{-sig}=.039$); existe una relación

directa entre la escala *CMNI-3 Conductas de riesgo* y un mayor número de consultas médicas ($r_s=,437$; $p\text{-sig}=,000$); la escala *CMNI-4 Violencia*, tiene una relación inversa con el consumo de fármacos ($r_s= -,178$; $p\text{-sig}=,035$) y directa con la frecuencia de consumo de alcohol ($r_s=,167$; $p\text{-sig}=,041$) y con la dificultad sueño/descanso ($r_s=,264$; $p\text{-sig}=,009$); aquellos enfermeros que puntúan alto en la escala *CMNI-6 Dominancia* van a realizar menos visitas al médico ($r_s= -,142$; $p\text{-sig}=,034$) y van a tener una menor satisfacción en su puesto de trabajo ($r_s= -,162$; $p\text{-sig}=,015$); los enfermeros que puntúan alto en la escala *CMNI-7 Donjuanismo* van a consumir de forma más frecuente alcohol ($r_s= ,236$; $p\text{-sig}=,004$); ser coherente con el rol tradicional masculino en la escala *CMNI-10 Desprecio a la homosexualidad* tiene una relación inversa con el consumo de fármacos y con el estrés laboral y por último, puntuar alto en la escala *CMNI-11 Búsqueda de posición social*, se correlaciona con peor salud mental ($r_s= ,209$; $p\text{-sig}=,039$), con menor satisfacción laboral ($r_s= -,151$; $p\text{-sig}=,015$) y con un mayor consumo de alcohol ($r_s= ,140$; $p\text{-sig}=,026$).

Tabla 7.4.5 - Correlaciones parciales con el coeficiente *Rho* de Spearman (r_s) entre las 11 escala del CMNI y las variables de salud controlando la edad.

	<i>CMNI 1</i>	<i>CMNI 2</i>	<i>CMNI 3</i>	<i>CMNI 4</i>	<i>CMNI 5</i>	<i>CMNI 6</i>	<i>CMNI 7</i>	<i>CMNI 8</i>	<i>CMNI 9</i>	<i>CMNI 10</i>	<i>CMNI 11</i>
Salud autopercebida	-,067	-,255**	-,138	-,015	-,127	,037	-,018	-,026	-,069	-,180	-,022
Problemas de salud	,115	-,066	-,026	-,121	-,125	,017	-,179	,008	,043	-,280**	,138
Nº de fármacos consumidos	-,125	-,073	,052	-,178*	-,131	-,106	-,116	-,010	-,090	-,010	,013
Nº de consultas médicas	-,040	-,134*	,437**	-,064	-,098	-,142*	-,116	-,180	-,083	-,127	,027
Salud mental	,146	-,099	,096	,144	-,140	,098	-,065	-,104	-,102	-,070	,209*
Estrés laboral	,023	-,038	-,010	-,145	-,012	-,085	-,042	-,055	,032	-,207*	,094
Satisfacción laboral	-,012	-,163	,011	,124	-,070	-,162*	-,160	-,108	-,046	,056	-,151*
Consumo de tabaco	-,075	,058	,001	,022	,020	,037	,044	,075	,150	,046	-,041
Frecuencia consumo de alcohol	,140	-,056	,150	,167*	,165	,151	,236**	-,029	-,054	,016	,140*
Dificultad sueño/descanso	,024	,009	-,038	,264**	-,106	-,081	,036	-,143	,052	-,088	,032
Actividad física	-,021	-,087	-,063	,023	-,030	-,093	-,071	-,014	-,194	,167	-,111

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Nota: CMNI_1 Ganar ; CMNI_2 Control emocional ; CMNI_3 Conductas de riesgo; CMNI_4 Violencia; CMNI_5 Poder sobre las mujeres; CMNI_6 Dominancia; CMNI_7 Donjuanismo; CMNI_8 Independencia; CMNI_9 Primacía del trabajo; CMNI_10 Desprecio a la homosexualidad; CMNI_11 Búsqueda posición social.

De las 14 correlaciones con significación estadística entre las escalas de género masculino y las variables de salud estudiadas, se observa que 8 de ellas se relacionan de forma negativa y las 6 restantes de forma positiva para los índices de salud de los enfermeros, al igual que ocurre con las enfermeras, en el capítulo 8 Discusión y conclusiones se corroborará que todas ellas se relacionan con el rol tradicional.

Para finalizar los análisis estadísticos realizados para contrastar la hipótesis número 4 “ las enfermeras y enfermeros que puntúen alto en rol tradicional de género obtendrán peores puntuaciones en salud”, se han utilizado análisis de regresión logística multivariada. Se elige este método y no la regresión lineal, al utilizar variables categóricas dicotómicas (buena o mala salud mental, tener o no tener estrés laboral, etc.) y variables continuas (edad, género, etc.); en un primer paso se realiza un análisis bivariado entre las variable dependientes elegidas en función de ser las variables criterios (según el Modelo Teórico Transaccional de Salud) que mayor diferencias estadísticamente significativa obtienen entre enfermeras y enfermeros, por lo que se escogen salud autopercebida (U de Mann-Whitney=4035; n1=98; n2=98; p-sig=.020), salud mental (según el instrumento GHQ-12) (U de Mann-Whitney=3918; n1=98; n2=98; p-sig=.020) y número de problemas de salud (U de Mann-Whitney=3357; n1=98; n2=98; p-sig<.000). Con estas tres variables dependientes (de forma individual para cada una de ellas y para cada sexo) se realizan análisis bivariados con el resto de variables del estudio, todos aquellos análisis, cuyas variables obtengan un nivel de significación $p < .025$, entraran en el modelo de regresión logística multivariado con el método paso a paso (*stepwise*), para la construcción del modelo de regresión.

Como en todos los análisis, se comienza estudiando la muestra femenina, buscando aquellas variables que expliquen la salud autopercebida de las enfermeras en función de todas las

variables de estudio, es decir las variables sociodemográficas, de salud física y mental, estilos de vida, matutinidad/vespertinidad, niveles de cortisol en plasma y género.

En la tabla 7.4.6 se observa que en la muestra de enfermeras tener una mala salud mental aumenta en 4 veces la probabilidad de tener mala salud autopercebida. Y tener problemas médicos aumenta en 11 veces el riesgo de padecer mala salud autopercebida

Tabla 7.4.6 - Regresión logística multivariado de la Salud autopercebida en Enfermeras según las variable sociodemográficas, variables de salud física, salud mental, estilos de vida, matutinidad/vespertinidad, niveles de cortisol en snrgre y género.

Salud autopercebida						
Paso	Variables	β	P	O.R.	I.C. 95% para O.R.	
					Inferior	Superior
2	Salud Mental	1,445	,010	4,240	1,405	12,795
	Nº problemas médicos	2,460	,021	11,703	1,450	94,490

(0)Buena salud mental; (1) Mala salud mental.

(0) No tener problemas médicos; (1) Tener problemas médicos.

La ecuación de regresión toma la siguiente forma:

$$S_{\text{salud autopercebida}} = -0.033 + 1,445 \cdot S_{\text{mental}} + 2,460 \cdot N^{\circ} \text{problemas médicos}$$

A continuación se realizan los mismos análisis estadísticos para la variable salud mental en enfermeras.

Tabla 7.4.7 - Regresión logística multivariado de la Salud mental (GHQ-12) en Enfermeras según las variable sociodemográficas, variables de salud física, salud mental, estilos de vida, matutinidad/vespertinidad, niveles de cortisol en snrgre y género.

Salud Mental						
Paso	Variables	β	P	O.R.	I.C. 95% para O.R.	
					Inferior	Superior
3	Realizar turno nocturno	1,564	,062	4,780	,922	24,786
	Estrés laboral	,798	,007	2,220	1,248	3,950
	Descanso/sueño	1,891	,001	6,624	2,083	21,062

(0) No hacer turnos nocturnos; (1) Hacer turnos nocturnos;

(0) No tener estrés laboral; (1) Tener estrés laboral;

(0) Descansar con el sueño; (1) No descansar con el sueño.

La ecuación que se obtiene en este caso es:

$$S_{\text{salud mental}} = 0.851 + 0,798 \cdot \text{Estrés laboral} + 1,891 \cdot \text{Descanso/sueño}$$

Por tanto, en la muestra de enfermeras aumentar un punto el estrés laboral incrementa en 2 veces las probabilidades de tener mala salud mental. Y no descansar con las horas de sueño aumenta casi en 7 veces la probabilidad de tener mala salud mental.

La siguiente tabla 7.4.8, analizará la variable número de problemas médicos, con el fin de encontrar aquellas variables que la explican en la muestra de enfermeras.

Tabla 7.4.8 - Regresión logística multivariado de la variable Número de problemas médicos en Enfermeras según las variable sociodemográficas, variables de salud física, salud mental, estilos de vida, matutinidad/vespertinidad, niveles de cortisol en sangre y género.

Número de problemas de salud						
Paso 1	Variables	β	P	O.R.	I.C. 95% para O.R.	
					Inferior	Superior
	Salud autopercebida	2,506	,017	12,255	1,557	96,460

(0) Buena salud autopercebida; (1) Mala salud autopercebida.

Con los resultados obtenidos, la ecuación de regresión es la siguiente:

$$P_{\text{problemas de salud}} = 2.266 + 2,506 \cdot S_{\text{salud autopercebida}}$$

Es decir, las mujeres enfermeras que refieren una mala salud autopercebida tienen aumentada en 12 veces las probabilidades de tener problemas de salud. Por lo que se puede apreciar, no hay ninguna escala de género que explique ninguna de las tres variables de salud escogidas por su significación estadística.

Tabla 7.4.9 - Regresión logística multivariado de la Salud autopercebida en Enfermeros según las variable sociodemográficas, variables de salud física, salud mental, estilos de vida, matutinidad/vespertinidad, niveles de cortisol en sngre y género.

Salud autopercebida						
Paso	Variables	β	P	O.R.	I.C. 95% para O.R. Inferior	Superior
2	CMNI-2 Control emocional	-.37	.007	.69	.532	.904
	Descanso/Sueño	2.78	.041	16.13	1.128	230.676

(0) Descansar con el sueño; (1) No descansar con el sueño.

La ecuación de regresión lineal para la salud autopercebida de los enfermeros queda así:

$$S_{\text{salud autopercebida}} = 0.351 - 0,37 \cdot \text{CMNI-2} + 2,78 \cdot \text{Descanso/sueño}$$

Según los resultados del análisis de regresión logística multivada, aquellos enfermeros que aumenten su puntuación en la escala de género *CMNI-2 Control emocional*, tienen disminuido en un 30% el riesgo de tener mala salud autopercebida; así como aquellos enfermeros que no descansan con las horas de sueño, aumentan en 16 veces el riesgo de padecer mala salud autopercebida.

Se presenta a continuación la tabla 7.4.10, para conocer las variables que explican la salud mental de los enfermeros.

Tabla 7.4.10 - Regresión logística multivariado de la Salud mental (según GHQ-12) en Enfermeros según las variable sociodemográficas, variables de salud física, salud mental, estilos de vida, matutinidad/vespertinidad, niveles de cortisol en sngre y género.

Salud Mental						
Paso	Variables	β	P	O.R.	I.C. 95% para O.R. Inferior	Superior
4	Edad	-,111	,021	,895	,814	,983
	Salud autopercebida	2,428	,038	11,338	1,139	112,857
	Estrés laboral	,648	,021	1,911	1,103	3,314
	Satisfacción laboral	-,613	,005	,542	,354	,829

(0) Buena salud autopercebida; (1) Mala salud autopercebida.

(0) No tener estrés laboral; (1) Tener estrés laboral.

(0) No tener satisfacción laboral; (1) Tener satisfacción laboral.

Quedando construida la ecuación de regresión así:

$$S_{\text{salud mental}} = 0,688 - 0,111 \cdot \text{Edad} + 2,428 \cdot S_{\text{salud autopercebida}} + 0,648 \cdot E_{\text{estrés laboral}} - 0,613 \cdot S_{\text{satisfacción laboral}}$$

Es decir, que por cada 10 años que aumenta la edad de los enfermeros, la probabilidad de tener mala salud mental disminuye en un 33%; tener una mala salud autopercebida, va a aumentar en 11 veces las probabilidades de tener mala salud mental; aumentar en un punto los niveles de estrés laboral aumentaría en 2 veces el riesgo de tener mala salud mental pero si aumentamos un punto la satisfacción laboral de los enfermeros, se conseguiría disminuir en un 46% las probabilidades de tener mala salud mental.

Para finalizar con los análisis de regresión logística, se presentan los resultados de la variable número de problemas de salud en los hombres de la muestra enfermera.

Tabla 7.4.11 - Regresión logística multivariado de la variable Número de problemas médicos en Enfermeros según las variable sociodemográficas, variables de salud física, salud mental, estilos de vida, matutinidad/vespertinidad, niveles de cortisol en sangre y género.

Número de problemas de salud						
Paso 4	Variables	β	P	O.R.	I.C. 95% para O.R.	
					Inferior	Superior
	CMNI_TOTAL	-,042	,019	,959	,926	,993
	CMNI_1 Ganar	,332	,001	1,394	1,148	1,693
	Salud Mental	1,607	,012	4,987	1,415	17,571
	Edad	,095	,004	1,100	1,030	1,174

(0) Buena salud mental; (1) Mala salud mental.

Esta última ecuación toma la siguiente forma:

$$P_{\text{problemas médicos}} = 0,120 - 0,042 \cdot \text{CMNI-TOTAL} + 0,332 \cdot \text{CMNI-1} + 1,607 \cdot S_{\text{salud mental}} + 0,095 \cdot \text{Edad}$$

Con la ecuación creada, se evidencia que los enfermeros que aumentan en un punto los resultados de la escala total de género, disminuirían el 4% las probabilidades de tener problemas médicos, pero si lo hacen en la escala CMNI-1 Ganar aumentarían en 1,4 veces el riesgo de tener problemas médicos. También se desprende de este análisis que tener una mala

salud mental incrementa en 5 las veces de padecer problemas médicos y en los hombres la variable edad es muy significativa, de forma que por cada 10 años que aumenta la edad de los enfermeros, la probabilidad de tener dolencias físicas aumenta un 259%.

Con respecto a los enfermeros, se ha observado como las escalas de género son explicativas para las variables salud autopercebida y número de problemas de salud, aunque con signos diferentes.

En resumen, con los resultados de los diferentes análisis estadísticos, se concluye que las enfermeras que son más coherentes con el rol tradicional femenino, presentan más problemas de salud, que aquellas que se alejan de las posiciones más tradicionales. Con respecto a los enfermeros, y aún siendo éstos poco coherentes con el rol tradicional de género, presentan un patrón masculino de salud, y se observa que puntuar alto en rol tradicional masculino tiene relaciones positivas y negativas con las variables de salud.

Contraste Hipótesis 4: con los datos aportados se confirma la hipótesis con un matiz, las enfermeras y enfermeros que son más coherentes con el rol tradicional de género presentan peores puntuaciones en salud y, en aquellas en las que mejora la puntuación en salud, éstas quedan recogidas en la literatura como relaciones características del rol tradicional, como se discutirá en el capítulo 8 Discusión y Conclusiones.

Para finalizar, se procede a presentar el último objetivo propuesto, objetivo 5, que junto a los objetivos 3 y 4 conforman los tres objetivos incluidos en el Estudio 3 que nos ocupa.

7.3.5- Objetivo 5. Comprobar que el Modelo Teórico Transaccional de Salud se cumple en los profesionales de la enfermería.

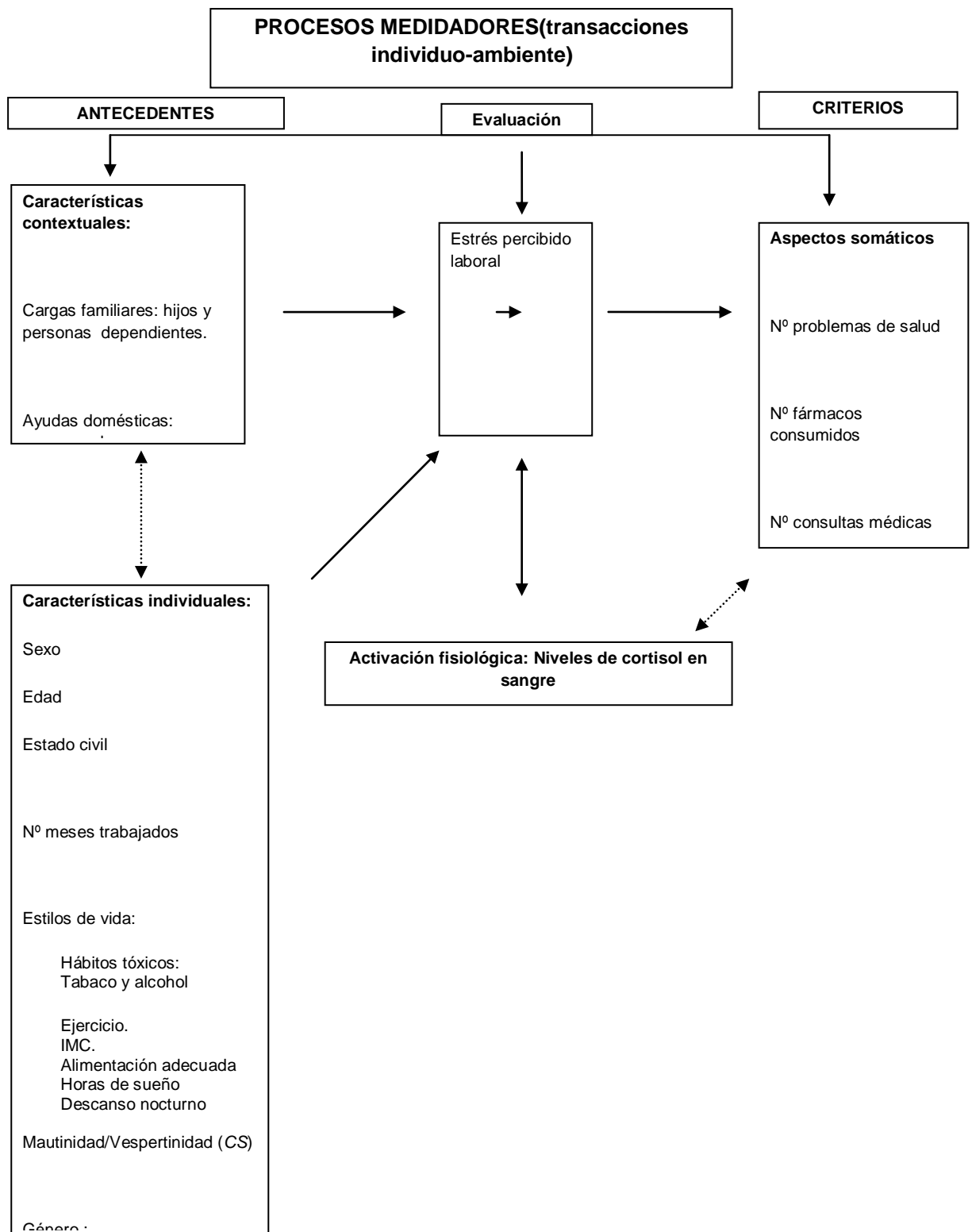
7.3.6- Hipótesis 5. Las enfermeras y enfermeros obtendrán unas relaciones en las variables de salud y género conforme al Modelo Teórico Transaccional de Salud.

En función de los resultados de los diferentes análisis estadísticos realizados, se propone describir las relaciones entre las variables de salud y género, según el Modelo Teórico Transaccional de Salud propuesto por Bruchon-Schweitzer (2002). Para ello se utilizan los resultados de las ecuaciones de regresión logística multivariada realizadas.

Tal y como se describió en el capítulo 2 Salud, los modelos teóricos de salud serán adecuados si presentan equivalencias vinculadas de los fenómenos, e indican las relaciones causales entre un grupo de variables que pueden ser observables y medibles (Cabrera, 2004).

Como aparece en la figura 10, se ha adaptado las variables de estudio a la propuesta de la autora sobre el modelo teórico transaccional de salud; así se recoge, la existencia de un grupo de antecedentes que van a contribuir a la explicación de una parte de la varianza en el grupo de criterios. Los antecedentes se dividen en características contextuales e individuales (edad, sexo, rol de género, hijos, hábitos de vida, etc.,) que rodean a las personas (tanto lo que el individuos es, como lo que el individuo experimenta), estos antecedentes se ven modulados por factores (estrés y satisfacción laboral) que pueden predisponer o disminuir los resultados de las variables criterio o resultados (salud autopercebida, salud mental, consumo de fármaco, tener problemas de salud, etc.,).

Figura 10.- Modelo Teórico Transaccional de Salud, en función de las variables de estudio



Fuente: Elaboración propia.

En base a los resultados estadísticos obtenidos de las ecuaciones de regresión logística multivariada, y tal y como se ha discutido en el objetivo número 4, las variables criterios, salud autopercebida, salud mental y problemas de salud, son las tres variables con mayor diferencia estadísticamente significativa entre la muestra de enfermeras y enfermeros analizados y se propone analizar cuál es la parte de la varianza explicada de estas tres variables en función del resto de variables de salud y género estudiadas.

Para las enfermeras, las variables criterios analizados, salud autopercebida, salud mental y problemas de salud son explicadas por unas variables antecedentes que son las variables descanso/sueño y la realización de turnos nocturnos, y esta relación va a estar modulada por el estrés laboral. Por tanto los tres modelos que surgen con las tres variables criterios confirman que el modelo teórico transaccional de salud se adapta a los resultados sobre los índices de salud obtenidos en las enfermeras.

Para los enfermeros, las variables criterios analizadas, salud autopercebida, salud mental y problemas médicos son explicadas por unas variables antecedentes que son las variables descanso/sueño, el rol de género y la edad; esta relación va a estar modulada por el estrés laboral y la satisfacción en el trabajo. De forma que, igual que en las enfermeras, los tres modelos que surgen de las ecuaciones de regresión logística de las tres variables criterios estudiadas, confirman que el modelo teórico transaccional de salud se adapta a los resultados sobre los índices de salud obtenidos en los enfermeros.

Contraste de la Hipótesis 5: Las enfermeras y enfermeros obtienen unas relaciones en las variables de salud y género conforme al Modelo Teórico Transaccional de Salud.

En las figuras 11, 12 y 13 que se muestra a continuación, quedan señaladas en rojo las relaciones encontradas en la muestra de enfermeras y sus ecuaciones sombreadas también en rojo; se utiliza el color azul para las relaciones y ecuaciones encontradas en los enfermeros; los resultados de las enfermeras y de los enfermeros se plasman en figuras independientes para posteriormente hacer una figura en común de cómo los modelos de las tres variables criterios estudiada para ambos sexos quedarían en una figura única (no como modelo único, sino la integración de los tres modelos de mujeres y los tres modelos de hombres).

Figura 11 – Confirmación Modelo Teórico Transaccional de Salud en las enfermeras según los modelos de las variables criterios.

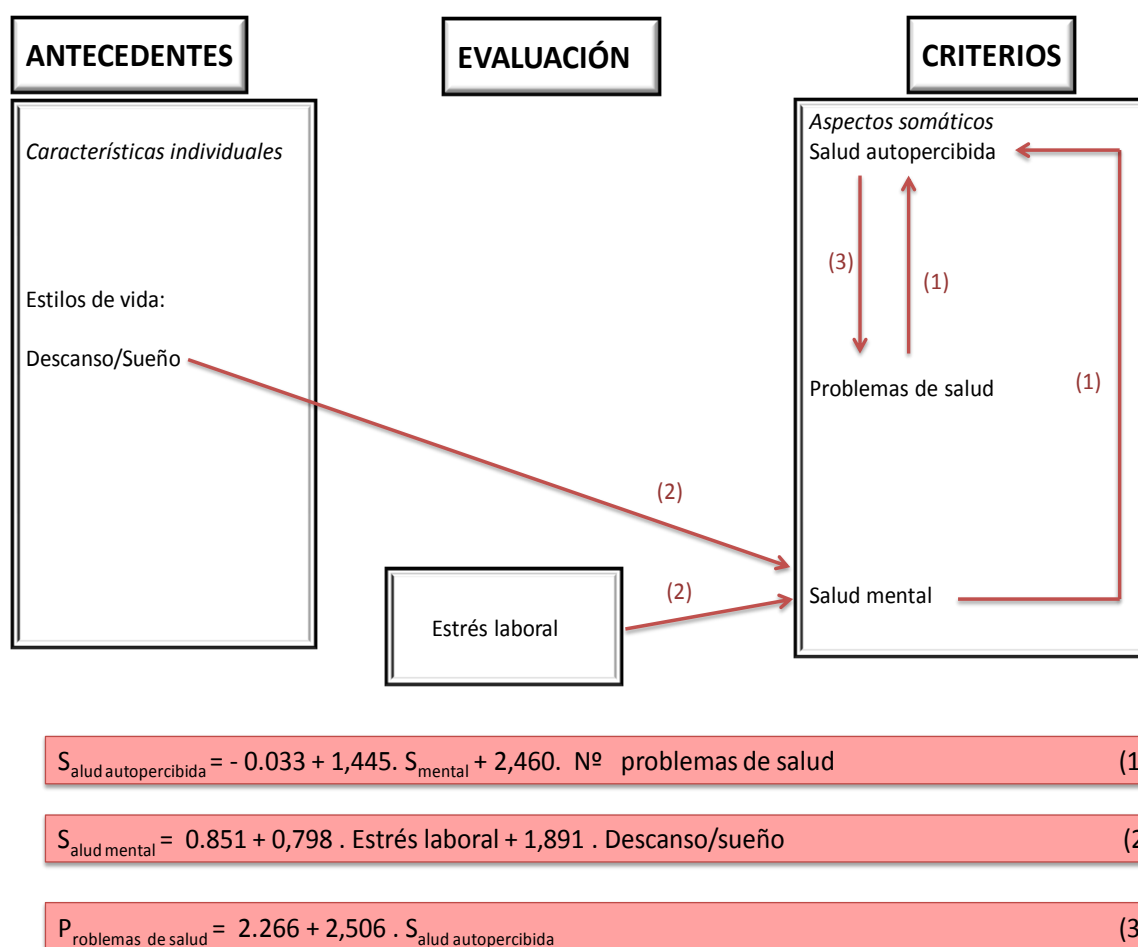
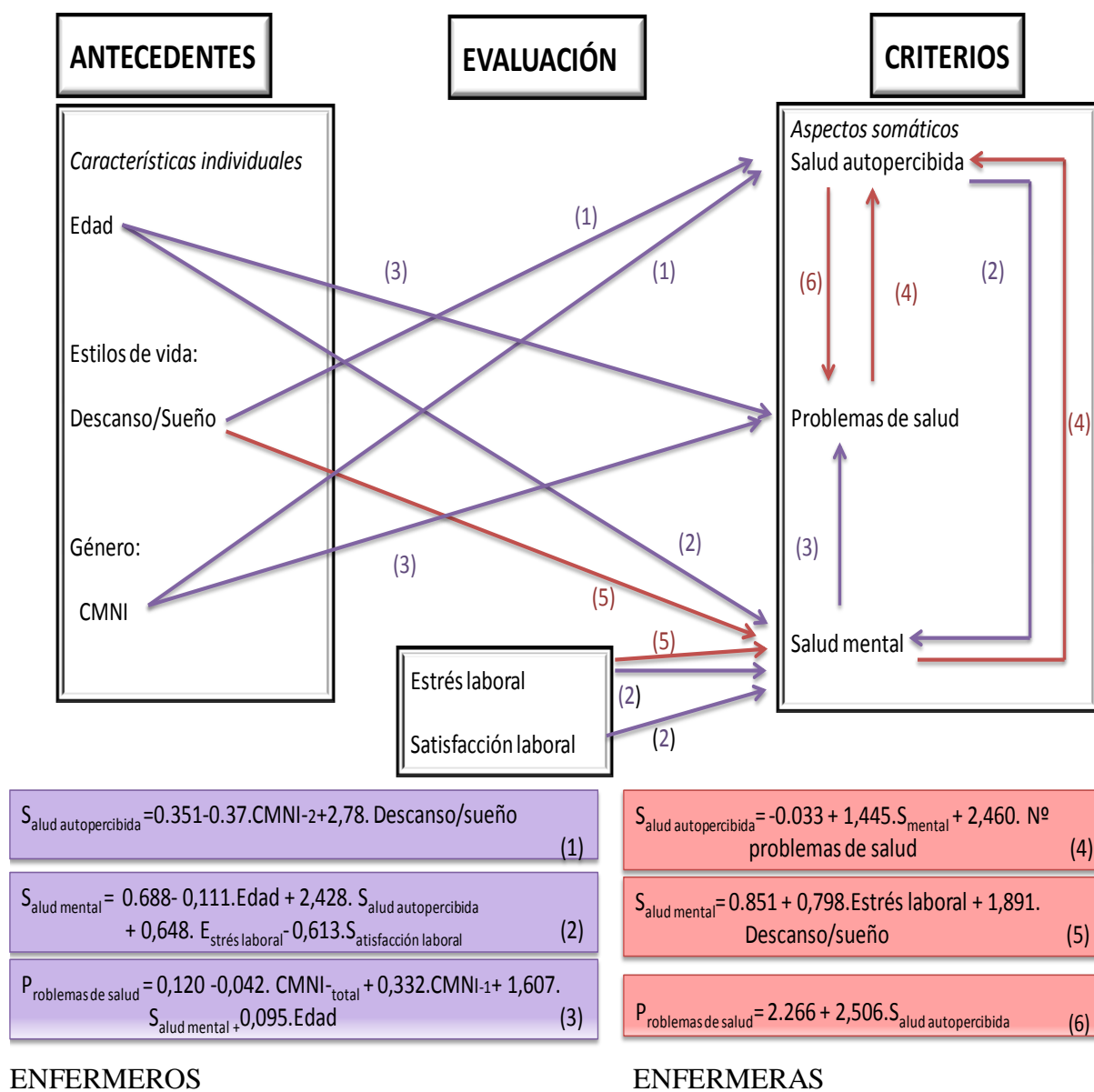


Figura 13 – Confirmación Modelo Teórico Transaccional de Salud en las enfermeras y enfermeros según los modelos de las variables criterios



Capítulo 8

Discusión y Conclusiones

Capítulo 8. Discusión y Conclusiones.

En el transcurso de esta investigación se ha ido conociendo las características de las enfermeras y enfermeros que han participado en este estudio, así como el estado de las variables de salud y género analizadas en dicha muestra. En este capítulo se presentan la discusión y conclusiones a las que se ha llegado de acuerdo con los objetivos e hipótesis presentados en el capítulo 5.

8.1- Estudio 1: Análisis psicométrico de los instrumentos.

El objetivo preliminar de esta tesis fue analizar si los índices de fiabilidad de los instrumentos de medida, cumplían con los requisitos necesarios para su uso como medida de las variables a analizar. A partir de este objetivo, se propuso la siguiente hipótesis:

Hipótesis 1: *Los instrumentos utilizados tendrán la fiabilidad adecuadas para ser utilizadas en la población de estudio.*

Conforme con los resultados presentados en el Capítulo 7, se concluye que los índices de fiabilidad de los instrumentos para analizar la salud mental con el *GHQ-12*, para el análisis de la matutinidad/vespertinidad con el *CS* y para estudiar la variable género con el *CFNI* y el *CMNI*, son adecuados, lo que permiten su utilización en las enfermeras y los enfermeros de la población de estudio.

Los análisis de consistencia interna para el instrumento *GHQ-12*, informaron de índice de alfa de Cronbach muy parecidos a los encontrados en población adulta en la versión

original del instrumento (Goldberg et al., 1988), con resultados que fluctuaban entre 0,82-0,86; en la muestra enfermera el coeficiente alfa de Cronbach promedio es de 0,86, y de 0,88 y 0,81 para las enfermeras y enfermeros, respectivamente.

Con respecto al estudio de la fiabilidad del instrumento CS, las propiedades psicométricas descritas en los trabajos de Smith, Reilly y Midkiff (1989) obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,87, con la comprobación posterior en sucesivos estudios que alcanzaron valores de alfa de Cronbach que oscilaban entre 0,75-0,92. En la muestra de profesionales de la enfermería los resultados de la consistencia interna del instrumento obtuvieron un valor promedio de 0,86, con un alfa de Cronbach en mujeres de 0,87 y de 0,86 para los hombres, de forma que los índices nos permiten su adecuada utilización en la muestra de estudio.

Para la población femenina, el *CFNI* en la población original de mujeres presentó una puntuación total de 0,88 (Mahalik et al., 2005), en la población femenina española fue de 0,87 (Sánchez-López & Cuellar-Flores, 2011) y en esta muestra de enfermeras los resultados fueron de 0,84, para el coeficiente alfa de Cronbach.

En cuanto al instrumento para medir género, los análisis del instrumento *CMNI* en la población original de estudio, presentaron alfas de Cronbach para la muestra masculina de 0,94 (Mahalik et al., 2003), en la población masculina española de 0,90 (Cuellar-Flores, Sánchez-López & Dresch, 2011) y en la muestra de hombres enfermeros se calcularon coeficientes alfa de 0,91.

Se estiman adecuados los índices de fiabilidad de los instrumentos analizados, por lo que es correcta la aplicación de estos instrumentos en la muestra de estudio.

Previo a la discusión de los resultados para refutar las hipótesis planteadas en esta investigación, se va a proceder a discutir la idoneidad de la muestra de estudio.

Los estudios sobre profesionales de la enfermería tienen frecuentemente las dificultades y limitaciones derivadas de la infrarrepresentación de la parte masculina de la profesión, de ahí la importancia del cálculo del tamaño muestral necesario para que la población de enfermeros del hospital esté adecuadamente representada. En función del porcentaje de enfermeros existentes en el hospital y tras realizar los cálculos pertinentes, se cifró en 26 enfermeros el número mínimo para la muestra masculina.

La muestra final en el estudio de esta investigación está compuesta por 98 enfermeras y 98 enfermeros (que representan el 95,2% de la plantilla total de enfermeros), con homogeneización en las variables de edad, estado civil, número de personas dependientes a su cargo, turno y servicio de trabajo, en ambos sexos.

Una vez verificado este objetivo previo, se procedió al análisis de los objetivos propuestos en esta investigación (Estudios 2 y 3).

8.2- Estudio 2: Análisis de la salud y género entre la muestra de población enfermera y la población general española.

El segundo objetivo foco de esta investigación (una vez se ha examinado los índices de fiabilidad de los instrumentos previamente descritos) es el siguiente:

Objetivo 2.- Analizar las diferencias existentes entre la muestra de población enfermera y la población general española en salud y género.

Para poder indagar sobre este objetivo tan amplio, se establecieron dos hipótesis, y a continuación se procede al análisis de la primera de ellas.

Hipótesis 2.1. *Las enfermeras y enfermeros obtendrán mejores puntuaciones de salud física y estilos de vida y peores puntuaciones en salud mental y estrés laboral que la población general española.*

La hipótesis 2.1 se cumple de forma parcial.

Las enfermeras y enfermeros tienen mejores niveles de salud física y estilos de vida, excepto en las variables número de horas de sueño en ambos y en la frecuencia de consumo de alcohol para los enfermeros, y presentan peores niveles en salud mental y mayores puntuaciones en estrés laboral que la población general española.

Para contrastar la primera hipótesis se compara la muestra de enfermeras y enfermeros respectivamente, con las mujeres y hombres encuestados por el INE (ENS, 2006), en los tramos de edad que coinciden con los de la muestra de estudio.

A partir de las grandes encuestas de salud a nivel nacional e internacional y, cada vez de forma más numerosa, por parte de múltiples investigaciones con perspectiva de género sobre las diferentes variables a tener en cuenta cuando se analiza el estado de salud de los individuos, se ha llegado a las siguientes 10 conclusiones sobre las diferencias en salud entre mujeres y hombres:

1.- Las mujeres, a partir de la adolescencia, tienen peor salud autopercebida que los hombres (Encuesta Europea de Salud en España, 2009; Kondo et al., 2008; Singh-Manoux et al., 2007; Taghrir et al., 2007; Borrell et al., 2006; ENS, 2006; Ministerio de Sanidad, 2005) indistintamente del estatus social que tengan.

2.- Las mujeres presentan una peor salud mental (*European Union*, 2011; Salama-Younes, Montazeri, Ismaïl & Roncin, 2009; Sánchez-López, López-García, Dresch & Corbalán, 2008; ENS, 2006; *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*, 2000).

3.- Las mujeres reconocen padecer un mayor número de patologías o problemas de salud (*European Union*, 2011; Encuesta Europea de Salud en España, 2009; ENS, 2006; OMS, 2005).

4.- Las mujeres consumen más fármacos que los hombres, en cualquier grupo etario (Sistema Nacional de Salud, 2010; ENS, 2006; Ministerio de Sanidad, 2005).

5.- Las mujeres puntúan más alto en las escalas de estrés (González & Landero, 2008; Nelson & Burke, 2002).

6.- Las mujeres padecen más problemas de sueño (Regal, Amigo & Cebrián, 2009; ENS 2006; Actis, Pereda & de Prada, 2004; Ling-Ling & Sheng-Ping, 2004).

7.- Las mujeres realizan menos ejercicio físico (*European Union*, 2011; Sistema Nacional de Salud, 2010; Sobejano, Moreno, Viñes, Grijalba, Amezqueta & Derrano, 2009; ENS, 2006).

8.- Las mujeres fuman menos que los hombres excepto en la franja de edad comprendidas entre los 16 y los 24 años, donde las chicas fuman en un 31,2% frente al 25,5% de los chicos de la misma edad (*European Union*, 2011; Encuesta Europea de Salud en España, 2009; ENS, 2006).

9.- Las mujeres consumen menos alcohol (*European Union*, 2011; Encuesta Europea de Salud en España, 2009; ENS 2006).

10.- Las mujeres tienen IMC dentro de la normalidad en mayor porcentaje que los hombres (Sistema Nacional de Salud, 2010; ENS, 2006).

Una vez realizado este mapa de las diferencias en las variables de salud entre las mujeres y los hombres en poblaciones generales, se procede a discutir sobre las diferencias encontradas por sexo, entre la muestra enfermera y la población general española.

Al comparar el grupo de enfermeras con las mujeres de la población general española, se encuentra que las enfermeras refieren en un 80.61% tener una buena salud autopercebida frente al 72.88% que reportan las mujeres de la población general, este es un indicador a tener en cuenta sobre el estado de salud de las enfermeras; como se puede observar en la tabla 8.1, otro indicador relacionado con el estado de salud, es el número de consultas médicas, en el que las mujeres de la población general refieren, con significación estadística, una mayor frecuentación al centro de salud en comparación al que realizan las profesionales sanitarias. Las enfermeras también obtienen unos IMC dentro de la normalidad en porcentajes muy superiores y siguen algún tipo de dieta también de forma más frecuente que las mujeres encuestadas por el INE.

Con respecto a las variables de salud psicológica, las enfermeras tienen de forma estadísticamente significativa, peores puntuaciones con respecto a la salud mental, así como unos índices de estrés laboral superiores a los observados en las mujeres encuestadas de la población española y duermen significativamente menos que éstas.

La parte derecha de la tabla nos informa de las diferencias entre enfermeros y hombres de la población general española, en una primera aproximación, se constata cómo existe un mayor número de variables con diferencias estadísticamente significativas en la

población masculina con respecto a la columna en la que comparamos a la población femenina.

Tabla 8.1.- Diferencias significativas en Salud entre enfermeras y mujeres de la población general española y enfermeros y hombres de la población general española, respectivamente.

	Enfermeras frente a mujeres	Enfermeros frente a hombres
Salud autopercebida		$\chi^2=9.19^{**}$
Nº consultas médicas	$t=-7.70^{***}$	$t=10.36^{***}$
Consumo de tabaco		$\chi^2=-3.89^*$
Frecuencia consumo alcohol		$\chi^2=11.71^{***}$
Salud Mental	$t=2.69^{**}$	$t=1.69^*$
Estrés laboral	$t=6.16^{***}$	$t=4.34^{***}$
Satisfacción laboral		$t=2.97^{**}$
Nº horas de sueño	$t=3.11^{**}$	$t=2.41^*$
IMC normal	$\chi^2=11.65^{***}$	
Realizar dieta	$\chi^2=6.09^*$	

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Los hombres enfermeros refieren tener una mejor salud autopercebida, frecuentar en un número significativamente inferior los centros médicos, fumar menos y tener una mayor satisfacción laboral que los hombres de la población general española. Sin embargo refieren una peor salud mental, mayores puntuaciones en estrés laboral, duermen menos horas y tienen de forma significativa un incremento en la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas con respecto a las descritas por los hombres encuestados por el INE.

Los resultados obtenidos en cuanto a niveles de salud física para los profesionales de la muestra enfermera coinciden con los encontrados en estudios como los del Instituto de Salud de Canadá (2007) sobre 18.676 enfermeras/os donde se evidencia que el 90% de los participantes tenían una buena/excelente salud general.

También se corrobora con los hallazgos de Talley, Thomas y Brown (2009), en la comparativa que realizaron sobre el estado de salud física entre poblaciones enfermeras inglesas, estadounidenses y canadienses con sus respectivas poblaciones generales, sin encontrar diferencias significativas, excepto en el grupo de la muestra femenina en el rango de edad de 35 a 44 años, donde aumentan las peores puntuaciones en salud tanto física como psicológica con incrementos del IMC.

En España, una investigación realizada sobre personal sanitario, muestra que éstos tenían una mejor salud física, pero una peor salud mental que la población general con la que se comparaban (Escribà-Agüilar, Artazcoz & Pérez-Hoyos, 2008).

En cuanto a la variable salud mental y estrés laboral, los resultados coinciden plenamente con la bibliografía consultada (Tucker, Harris, Pipe & Stevens, 2010; Talley, Thomas & Brown, 2009; Ríos, 2009; Escribà-Agüilar, Artazcoz & Pérez-Hoyos, 2008; Ríos-Risquez & Godoy-Fernández, 2008; Rout, 2002); en esta investigación se evidencia una peor salud mental tanto en las enfermeras como en los enfermeros, con altos niveles de significación estadística, con respecto a la población general, y la misma lectura se obtiene para las puntuaciones de estrés en sus lugares de trabajo. Esta situación se confirma específicamente en el estudio realizado por Ríos-Risquez y Godoy-Fernández (2008) en nuestro país, con profesionales de la enfermería donde se encuentra correlación negativa entre salud mental y estrés laboral.

Los altos niveles de estrés laboral en el personal de enfermería han sido ampliamente descritos y analizados (McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane & Aiken, 2011; Grau,

Fliechtentrei, Suner, Font-Mayolas, Prats & Braga, 2008; Mebenzehl, Lukesch, Klein, Hajak, Schreiber & Putzhammer, 2007; De Pablo, 2007; Imai, Nakao, Tsuchiya, Kuroda & Katoh, 2004; Ortega & López, 2004; Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle & Domínguez, 2004) en relación al principal rol de cuidador que tienen estos profesionales. El contacto directo y continuado con pacientes enfermos, con el sufrimiento de éstos y de sus familiares, la escasez de medios materiales y humanos, los conflictos generados con otros profesionales, las limitadas opciones de desarrollo profesional y las dificultades para compatibilizar las jornadas laborales con las responsabilidades familiares y de ocio, se describen como las principales causas que propician este malestar psicológico en los profesionales enfermeros.

La actual crisis económica en nuestro país y los recortes que se han producido y se están produciendo actualmente en el sistema sanitario público, están originando unas consecuencias directas sobre los niveles de estrés de los profesionales enfermeros, y así se constata en un reciente estudio (SATSE, 2012), donde se señala sobre una muestra de 1.173 enfermeros/as, con representación de todas las comunidades autónomas, que el 84% de los profesionales encuestados se sienten estresados en sus lugares de trabajo.

También ha sido documentada la existencia de un síndrome de estrés crónico asistencial que se relaciona con hábitos negativos para la salud de los profesionales, como es un incremento del consumo de tabaco, alcohol y fármacos (Melamed, Shirom, Toser, Beliner & Shapira, 2006). En esta investigación sólo se confirma un incremento estadísticamente significativo en la frecuencia de consumo de alcohol, en los enfermeros en comparación a los hombres de la población general, a este respecto hay que señalar que no se ha contrastado las cantidades de alcohol que consumen, ya que

este dato no aparece recogido en la ENS, es decir, sólo se recoge la frecuencia en el consumo, de forma que si los enfermeros siguen las recomendaciones de consumir diariamente una copa de vino como indica la Sociedad Americana de Cardiología (Costazo, Di Castelnuovo, Donati, Iacoviello & Gaetano, 2010), estaríamos ante un consumo frecuente pero saludable.

En cuanto a la realidad del tipo de trabajo por turnos, característico de los profesionales sanitarios, ha propiciado que éste sea un colectivo muy estudiado en materia de problemas de sueño y sus factores de riesgo. Así se ha comprobado (Deschamps, Olivares, de la Rosa & Asunsolo, 2011; Izú, Antunes, Cavalcanti & Silvino, 2011; Bonet, Moliné, Olona, Gil, Bonet, Les-Morrell et al., 2009; Feo, 2007; Melamed, Shirom, Toser, Beliner & Shapira, 2006; García, 2003) que existe una disminución de las horas de sueño y de la calidad de éste, derivado de las alteraciones en la fase REM encontradas en el descanso diurno tras una jornada de trabajo de noche, con una frecuencia que no se presenta en el descanso nocturno normal.

En España, un reciente estudio sobre la percepción de estrés de los profesionales de la enfermería, constata que el 86% de las/os enfermeras/os encuestados tienen alteraciones del sueño que se manifiestan a través del insomnio y/o somnolencia diurna y de ellos un 46% lo sufren frecuente o muy frecuentemente (SATSE, 2012).

Los resultados en la variable horas de sueño de esta investigación confirma que tanto las enfermeras como los enfermeros presentan de forma estadísticamente significativa, una disminución en el número de horas de sueño con respecto a la población general española, y teniendo en cuenta que cerca del 80% de las/os enfermeras/os

entrevistadas/os realizan turnos nocturnos en su jornada laboral, estos resultados se apoyan en las conclusiones de la bibliografía anteriormente comentada.

De los estudios analizados sobre las consecuencias del trabajo en horario nocturno, también se extrae la diversidad de alteraciones psíquicas, físicas y sociales a la que predisponen estas jornadas de trabajo, desde un estado de ánimo negativo el día después de la guardia nocturna a un cuadro total de síndrome de *burnout*, alteraciones digestivas, músculoesqueléticas, cardiovasculares, incremento de peso, incremento en el consumo de sustancias adictivas: café, alcohol, tabaco y problemas derivados de las dificultades familiares y sociales que este tipo de turnos tiene en la vida de los/las que tienen que adaptarlo a la vida del resto de personas, es decir, se produce un triple desajuste entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo social.

Otro problema grave derivado de estos turnos son el aumento en las probabilidades de cometer errores, así está documentado que entre las 3 a.m. y las 5 a.m., se produce una importante alteración del estado de alerta y del rendimiento (Khun, 2001) y las estadísticas informan que un 90% de los siniestros más graves (accidente de Chernobil, 1986, petrolero Exxon Valdez, 1989) se han registrado en este turno, de forma que tras la primera noche de trabajo, con la segunda se tiene un riesgo adicional de cometer errores de un 13%, la tercera de un 25% y la cuarta noche de un 45% (Folkard, 2003).

Por último se va a analizar la variable satisfacción laboral, objetivándose que los estudios analizados refieren una gran heterogeneidad de resultados. En un estudio sobre enfermeras/os de diferentes nacionales se describió que el 41% de los profesionales de la enfermería de EEUU, el 33% de las canadienses, el 36% de las inglesas y el 17% de

las alemanas refieren insatisfacción laboral (Aiken, Clarke, Slone, Sochalski, Busse, Clarke et al., 2001). Otro estudio con una muestra de 510 enfermeras chinas también identificaron niveles moderados de satisfacción laboral (Wang, Tao, Ellenbecker & Liu, 2012).

Estos resultados coinciden con los encontrados por Ríos-Risquez y Godoy-Fernández (2008) en España donde se observaron niveles moderados de satisfacción laboral en la muestra total, siendo éstos más altos en mujeres que en hombres, excepto en los tramos de la muestra femenina con edades comprendidas entre los 35 y los 50 años.

Sin embargo y también en nuestro país, sobre una muestra de enfermeras/os colegiadas/os en Barcelona, el 80% se siente satisfecha con la profesión, donde su profesionalidad está bien valorada por sus colegas y por los usuarios, no así por la organización y la sociedad. Los principales problemas relacionados con la insatisfacción laboral se circunscriben a los salarios insuficientes, la falta de incentivos profesionales y la falta de reconocimiento social y político (Rodríguez & Bosch, 2004).

Hay que tener en cuenta que la actual situación de crisis económica y los recortes en el área de sanidad, están cambiando significativamente los resultados de satisfacción laboral en la profesión de enfermería. Esta situación queda reflejada por una investigación realizada con representación de todas las Comunidades Autónomas españolas con una muestra de 5.697 enfermeras/os y con unos resultados realmente llamativos: sólo el 11% de la muestra está muy satisfecha con su trabajo, un 55% refiere estar moderadamente satisfecha y un 26,2% estaría dispuesta a abandonar su puesto de

trabajo a lo largo del próximo año por insatisfacción laboral (Instituto de Salud Carlos III, 2011).

Los resultados que se han obtenido en la elaboración de esta tesis, informan que las enfermeras y enfermeros tienen unos niveles homogéneos y de moderada satisfacción laboral (Media=5.34 y D.T.= 1.28, en un rango de 1 a 7), las enfermeras y las mujeres de la población general española presentan niveles homogéneos de satisfacción laboral y los enfermeros mejores niveles de satisfacción laboral con alta significación estadística en comparación a los hombres de la población general española, es decir, los enfermeros son los más satisfechos de los 4 grupos de estudio.

En resumen, basándose en los resultados de esta investigación, se puede confirmar parcialmente la hipótesis 2.1 en la que los profesionales de la enfermería tienen mejores índices de salud física y peores puntuaciones en salud mental y estrés laboral que la población general española, como así queda contrastado con la bibliografía comentada. No se confirma en la variable estilos de vida, donde los profesionales de la enfermería duermen menos horas que la población general y los enfermeros consumen más frecuentemente alcohol que los hombres con los que se comparan.

A continuación, se procede a la discusión de la segunda hipótesis generada para estudiar el objetivo 2 de esta investigación.

Hipótesis 2.2. *Las enfermeras obtendrán mayores puntuaciones en rol tradicional de género que las mujeres de la muestra general, y los hombres enfermeros obtendrán menores puntuaciones en rol tradicional de género, que los hombres de la población general española.*

La hipótesis 2.2 se cumple.

Ha sido muy prolífica las publicaciones acerca de cómo es el rol de género de una minoría, como la de los hombres enfermeros, en una profesión universalmente feminizada (Meadus & Twomey, 2011; Brown, 2009; Twomey & Meadus, 2008; Miranda, 2007; Evans, 2004; Mackintosh, 1997; Carlsson, 1988).

Sin embargo hay muy pocos estudios que midan el rol de género con escalas que tengan en cuenta la dimensión social de la masculinidad y la feminidad (como se hace con el *CFNI* y el *CMNI*) y los que existen se basan en escalas donde se identifica masculinidad con instrumentalidad y feminidad con expresividad (Baucom, 1976; Heilbrum, 1976; Bem, 1974; Spence & Helmreich, 1974). En las publicaciones consultadas, se utiliza mayoritariamente el *Bem Sex Role Inventory BSRI* (Bem, 1974), instrumento que mide el rol de género en función de la expresión de la instrumentalidad y/o expresividad, presentando una gran heterogeneidad de resultados; así se recogen estudios que indican que los enfermeros comparten de forma homogénea los rasgos atribuidos a la masculinidad y a los de feminidad, y por tanto se tipifican como andróginos (Muldoon & Reilly, 2003; Fisher, 1999; Pontin, 1988; Sprouse, 1987), mientras las enfermeras son claramente femeninas.

Los datos de esta investigación coinciden con los estudios anteriormente descritos y con el estudio donde se ha utilizado como instrumento de medida el *Australian sex role scale ASRS* que está basado en el *BSRI* y donde se compara a 254 ingenieros, 310 enfermeros y 344 enfermeras, los resultados concluyen que las enfermeras puntúan más alto en las escalas de feminidad, los ingenieros más alto en masculinidad y los enfermeros tienden a la androginia (Fisher, 2011).

Otras publicaciones en la que se mide rol de género con el *BSRI* informa que los enfermeros puntúan significativamente alto en masculinidad y significativamente bajo en feminidad, y las enfermeras significativamente alto en feminidad y significativamente bajo en masculinidad (McCutcheon, 1996).

Por último existe una investigación que estudia exclusivamente a enfermeras japonesas, con un instrumento para analizar el rol de género denominado *Multidimensional Sex Role Attitude Scale MSRAS*, con el que se confirma que las enfermeras tienen una mayor puntuación en rol tradicional de género (Ushiro & Nakayama, 2010) que las mujeres de la población general japonesa.

Por tanto los resultados que se han expuesto en esta investigación, corroboran los aportados por la mayoría de la bibliografía previamente consultada, a pesar de calcularse con diferentes instrumentos de medida, ya que como se ha expuesto, en este estudio se ha utilizado el instrumento *CFNI* para medir la conformidad con las normas tradicionales femenina y, el *CMNI* para medir la conformidad con las normas tradicionales masculinas y no se ha documentado ningún estudio donde se analice el rol de género con este instrumento en los profesionales de la enfermería.

Las conclusiones nos indican que las enfermeras están más conformes con el rol tradicional femenino de forma significativamente superior a como se sienten las mujeres de la población general española ($t=4.15$; $p<0.001$; T.E.=medio); aunque si las comparamos con la población originaria estadounidense (Mahalik et al., 2005), las enfermeras puntúan significativamente más bajo que las mujeres americanas ($t=6.66$; $p<0.001$; T.E.= alto).

De forma que las mujeres que trabajan en la segunda profesión más feminizada de España, son más coherentes con el rol tradicional femenino que las mujeres de la población general.

En cuanto a los enfermeros, se han hallado puntuaciones significativamente más bajas en coherencia con el rol tradicional masculino que las encontradas en los hombres de la población general española ($t=5.28$; $p<0.001$; T.E.= medio) y aún más bajas que la observadas en la población masculina estadounidense (Mahalik et al., 2003) donde se creó el instrumento ($t=5.28$; $p<0.001$; T.E.= alto). Es decir, los hombres que trabajan en la segunda profesión más feminizada de España, son menos coherentes con el rol tradicional masculino que los hombres de la población general española.

Con los datos aportados se confirma la hipótesis 2.2: las enfermeras obtienen mayores puntuaciones en rol tradicional de género que las mujeres de la muestra general, y los hombres enfermeros obtienen menores puntuaciones en rol tradicional de género, que los hombres de la población general española.

8.3.- Estudio 3.- Análisis de la salud y del género en los profesionales de la enfermería

Para analizar el estado de salud de las enfermeras y enfermeros y los roles de género en ambos, se plantean los objetivos 3, 4 y 5.

Objetivo 3.- Analizar las diferencias en salud en los enfermeros y enfermeras de la población de estudio.

Hipótesis 3: *Las enfermeras presentarán peores índices de salud que sus compañeros enfermeros.*

La hipótesis 3 se cumple de forma parcial: Las enfermeras presentan peores índices de salud que sus compañeros enfermeros, excepto en la frecuencia en el consumo de alcohol.

En la discusión del anterior objetivo, se presentó 10 conclusiones a las que se llegó después de un análisis de las publicaciones consultadas sobre las diferencias en salud de las mujeres y los hombres. En base a estos resultados, y a pesar de que las enfermeras son profesionales sanitarias, con una base teórica fundamentada en los 4 años de carrera universitaria, se predijo que tendrían peores índices de salud que sus compañeros varones, simple y “complejamente” por ser mujer.

En esta investigación se verifica que las enfermeras que tienen las mismas edades que sus compañeros, el mismo número de hijos, el mismo estado civil, la misma remuneración económica, trabajan las mismas horas, en los mismos servicios y con el

mismo turno presentan de forma estadísticamente significativa, peores puntuaciones en salud autopercebida, un mayor número de problemas de salud, consumen un mayor número de fármacos, tienen una peor salud mental, perciben más estrés laboral y realizan menos ejercicio que los hombres enfermeros de la muestra. Aunque se espera que un mayor estrés percibido se relacione con un aumento en los niveles plasmáticos de cortisol, Harris, Ursin, Murison y Eriksen (2007) no encontraron relaciones significativas entre el cortisol y el estrés laboral, y en esta investigación tampoco se ha observado que los mayores índices de estrés laboral se correlacionen con altas puntuaciones de cortisol en plasma.

Con respecto al IMC las enfermeras obtienen puntuaciones más bajas estadísticamente significativas que los hombres, pero las medias en ambos sexos se encuentran dentro de los límites de la normalidad.

Por tanto, los enfermeros tienen mejores puntuaciones en todas las variables anteriormente descritas y se observa que consumen de forma más frecuente alcohol que las enfermeras, aunque no se puede constatar si estos resultados se traducen en un mayor consumo.

Es decir, se ratifica que las enfermeras, como mujeres que son, siguen un patrón femenino de salud, y los enfermeros tienen un patrón masculino de salud (con la excepción de no fumar más que sus compañeras), tal y como se ha descrito y analizado en la discusión del objetivo 2, sobre diferencias entre mujeres y hombres de la muestra enfermera y de la población general española (*European Union*, 2011; ENS, 2006 Sistema Nacional de Salud, 2010; Encuesta Europea de Salud en España, 2009;

Sánchez-López, López-García, Dresch & Corbalán, 2008; González & Landero, 2008; Regal, Amigo & Cebrián, 2009; Sobejano, Moreno, Viñes, Grijalba, Amezqueta & Derrano, 2009; OMS, 2005).

Por tanto, cuando se estudian las diferencias de salud entre mujeres y hombres y se homogeneiza las variables que se han tenido en cuenta en esta investigación, la pregunta obligada es ¿por qué existen estas diferencias entre el sexo femenino y el masculino en las variables de salud?

La respuesta es harto complicada y gracias a los estudios con perspectiva de género se están visibilizando situaciones que en ocasiones nada tiene que ver con las diferencias biológicas observables entre un sexo y otro (Terua, Longshore, Andersen, Arangua, Nyamathi, Leake et al., 2010; Valls-Llobet, Banqué, Fuentes & Ojuel, 2008; Bird & Rieker, 2008; OMS, 2008, 2007, 2002, 1988; Martínez, 2003; Sánchez-López, 2003; Rohlf, Borrell & Fonseca, 2000; Annandale & Hunt, 1990; Tunbridge, 1977; Verbrugge, 1976), en otras son debidas precisamente a estas diferencias (Ruiz, Ubago, Bermejo, Plazaola, Olry, Hernández & Torres, 2007; Bekker, 2003; Prior, 1997) y en otras son derivadas de diferencias biológicas que no han sido tenidas en cuenta (García-Altés, Rodríguez-Sanz, Pérez & Borrell, 2008; Sen & Östlin, 2007; Valls-Llobet, 2006; Tajer, 2006).

Una vez discutida la confirmación la hipótesis 3 y, en base a estas cuestiones, se plantea discutir sobre el objetivo 4, analizar las características de los roles de género presentes en las enfermeras y los enfermeros y su relación con los indicadores de salud, e intentar aproximar respuestas en base a la muestra de estudio de esta investigación.

Objetivo 4.- Analizar las características de los roles de género presentes en las enfermeras y los enfermeros y su relación con los indicadores de salud.

Hipótesis 4. *Las enfermeras y enfermeros que sean más coherentes con el rol tradicional de género presentarán peores puntuaciones en salud.*

La hipótesis 4 se cumple. Las enfermeras y enfermeros que son más coherentes con el rol tradicional de género presentan peores puntuaciones en salud y, en aquellas en las que mejora la puntuación en salud, éstas quedan recogidas en la literatura como relaciones características del rol tradicional.

Como se ha presentado en la discusión del objetivo anterior, las mujeres enfermeras tienen peores índices de salud que los hombres enfermeros, excepto en la frecuencia de consumo de alcohol y se ha señalado la existencia de un patrón femenino y un patrón masculino en relación a la salud.

Cuando se analiza las relaciones entre las variables de salud y la escala total de género, tanto para la conformidad con el rol tradicional femenino (*CFNI*-total) como para el masculino (*CMNI*-total), sólo se aprecia una asociación significativa entre éstas y la totalidad de las variables de salud analizadas, para el *CFNI*-total en relación inversa al consumo de tabaco ($r=-,259$; $p< 0,01$) y para el *CMNI*-total en relación directa con la frecuencia en el consumo de alcohol ($r=,236$; $p< 0,01$); resultados corroborados por la literatura consultada sobre salud y género (Bedford & Hwang, 2011; Cuellar-Flores & Sánchez-López, 2011; Mahalik & Burns, 2011; Peralata & Cruz, 2006; Liu & Iwamoto,

2007; Artazcoz, Rodríguez-Sanz, Cortés & Cascant, 2005; Locke & Mahalick, 2005; Lorber & Moore, 2002; Stoke, Wille & Krämer, 2001; Courtenay, 2000a, 2000b).

Esta escasa asociación entre las puntuaciones totales que miden género con las variables de salud, han sido descritas en otras investigaciones (Sánchez-López, Cuéllar-Flores & Dresch, 2012; Cuellar-Flores & Sánchez-López, 2011; Boman & Walker, 2010); lo que avala el empleo del *CFNI* y del *CMNI*, utilizadas en esta investigación, como escalas multidimensionales para medir género y poder contrastar sus relaciones con las variables de salud.

De forma, que cuando se analiza las relaciones entre las variables de salud, con todas las escalas de género, se observa que en las mujeres y de forma estadísticamente significativa existe el doble de correlaciones negativas que positivas, entre puntuar alto en las escalas de conformidad con el rol tradicional femenino y tener peores puntuaciones en salud.

En los enfermeros, las correlaciones estadísticamente significativas entre puntuar alto en rol tradicional de género y tener malas puntuaciones en salud ocurren con 5 variables y, entre puntuar alto en rol tradicional de género y tener buenas puntuaciones en salud se da en 6 variables, por tanto no existe la homogeneidad encontrada en la muestra femenina.

Tal y como se ha descrito a lo largo de esta investigación, la salud de las personas viene determinada por multitud de factores, entre ellos el sexo de los individuos que va a explicar parte de la varianza de los resultados en salud, pero las diferencias biológicas

son claramente insuficientes para explicar estas diferencias en salud, por lo que factores relacionados con el género son determinantes para el inicio, mantenimiento y evolución de las diferencias de salud entre hombres y mujeres (Terua, Longshore, Andersen, Arangua, Nyamathi, Leake et al., 2010; Bird & Rieker, 2008; Martínez, 2003; Sánchez-López, 2003).

Y como se ha señalado en la discusión de la anterior hipótesis, qué ocurre cuando homogeneizadas las variables sociodemográficas y laborales, se sigue evidenciando un patrón de salud muy diferente para cada uno de los sexos. La respuesta requiere analizar esta situación con perspectiva histórica y con perspectiva de género.

La enfermería ha tenido una evolución histórica especialmente marcada por los estereotipos de género, y así quedó reflejado en el documento “Función de las mujeres en la asistencia sanitaria” publicado por la OMS (1988), donde se vincula el estereotipo femenino (caracterizado a consecuencia de la socialización) de obediencia, pasividad, dependencia y emotividad, con la capacidad de las mujeres para cuidar a los demás e igualar la administración de cuidados con las supuestas capacidades innatas de la mujer-enfermera y su papel de sumisión, abnegación y subordinación al hombre-médico a lo largo de la historia (Siles, García & Gallardo, 1998).

En la actualidad, la enfermería aún mantiene esta imagen estereotipada en la sociedad, y los “coletazos” de la cultura androcéntrica doméstica aún perviven en el ámbito sanitario, donde los roles femeninos tradicionales se identifican con las enfermeras y los roles masculinos tradicionales se identifican con los médicos.

Esta situación unido a otros factores como son, ser una profesión altamente feminizada, haber tenido limitado el acceso a titulaciones de grado y doctorado, las dificultades de desarrollo profesional y la falta de poder como profesión, impide que se transmita adecuadamente a la sociedad sus ámbitos de actuación; además el trabajo por turnos, característico de la profesión, dificulta la conciliación de la vida laboral con la familiar, de ocio o desarrollo personal. Todas estas circunstancias originan una sobrecarga física y psicológica en sus profesionales (Dio, 2008; Miqueo, Barral & Magallón, 2008; García de Cortazar, Guil, Pérez & Bordons, 2005).

En esta investigación se ha constatado que las enfermeras tienen una mayor coherencia con el rol tradicional femenino y coincide con los resultados publicados de la bibliografía consultada (Fisher, 2011; Ushiro & Nakayama, 2010; Muldoon & Reilly, 2003; Fisher, 1999; Pontin, 1988; Sprouse, 1987); y los enfermeros obtienen puntuaciones bajas en rol tradicional de género masculino y coincide con la mayoría de las investigaciones analizadas (Fisher, 2011; Muldoon & Reilly, 2003; Fisher, 1999; Pontin, 1988; Sprouse, 1987).

A continuación se va a discutir los resultados sobre género y salud obtenidos en la muestra de mujeres enfermeras:

Los resultados de esta investigación señalan que las enfermeras que son más coherentes con el rol tradicional femenino, correlacionan con peores puntuaciones en salud autopercebida, con menores consumos de alcohol y mayores dificultades de sueño/descanso y, correlaciona de forma positiva con la salud al disminuir el consumo de tabaco, es decir que coincide con el rol tradicional femenino.

Existe una escala que correlaciona rol tradicional femenino de forma directa y también de forma inversa con la salud y es con la variable salud mental, que aunque inicialmente esté en contradicción con la hipótesis planteada (mayores puntuaciones en rol tradicional obtiene peores puntuaciones en salud), en la posterior discusión de estos resultados, se confirmará la relación en ambas con el rol tradicional femenino. También se evidencia la correlación positiva entre dos escalas (*CFNI-3 Delgadez* y *CFNI-8 Invertir en imagen*) con el consumo de alcohol, que también parecería estar en contradicción con la hipótesis planteada, pero que a continuación se discutirá su relación con la feminidad en la sociedad actual.

Analizando detalladamente las correlaciones que obtienen significación estadística, entre género y salud en las mujeres enfermeras, se observa que cuanto más puntúan en la escala *CFNI-2 Cuidadora de niños*, mejor es la salud mental de la mujer, parece estar en contradicción con la hipótesis planteada, pero si la mujer es más coherente con su rol más tradicional, mejor se sentirá realizando actividades coherentes con el rol de cuidadora, como es encargarse de los niños; y menos fuman, resultados que se confirman con los encontrados por otros autores que documentan que ser mujer es un fuerte predictor de conductas saludables (Lorber & Moore, 2002; Stoke, Wille & Krämer, 2001; Courtenay, 2000a, 2000b).

Cuanto más se puntúa en la escala de *CFNI-3 Delgadez*, mayor es el consumo de alcohol, aunque inicialmente es contraria a la información sobre esta conducta en relación con el rol tradicional femenino, existe abundante literatura que confirma la correlación entre abuso de alcohol y trastornos alimenticios en mujeres (Blanco & Ortín, 2008; Behar, 2004; Granner, Black & Abood, 2002), y también se relaciona con

peores puntuaciones en sueño/descanso, lo que resulta coherente con los datos sobre alteraciones del sueño en la mujer (Regal, Amigo & Cebrián, 2009; Actis, Pereda & de Prada, 2004).

Mayores puntuaciones en la escala de rol tradicional femenino, *CFNI-5 Modestia* ($r=.288$; $p\text{-sig}=.004$), se correlaciona con peor salud autopercebida, lo que se confirma con la bibliografía consultada (Kondo et al., 2008; Kirchengast & Haslinger, 2008; Singh-Manoux et al., 2007; Taghrid et al., 2007; García-Altés, Rodríguez-Sanz, Pérez & Borrell, 2008; Borrell et al., 2006; Sánchez-López, Aparicio-García & Dresch, 2006; Case & Paxson, 2005; López, Findling & Abramzón, 2006) y con menores consumos de alcohol, ambas coherentes con el rol tradicional femenino (Lorber & Moore, 2002; Stoke, Wille & Krämer, 2001; Courtenay, 2000a, 2000b).

Aumentar las puntuaciones en la escala *CFNI-6 Ser romántica en las relaciones* se relaciona con peores puntuaciones en salud mental, como ya ha sido corroborada por la literatura (Rocha et al., 2011, Artazcoz et al., 2011; Matud & Aguilera, 2009; Gispert et al., 2003; OMS, 2003) y también con un mayor consumo de alcohol.

Y por último la mayor conformidad con la escala *CFNI-8 Invertir en la imagen o apariencia* se relaciona con mayores consumos de alcohol, que tendría la misma justificación que con la escala de *CFNI-3 Delgadez*, previamente analizada. Por tanto se evidencia que en las enfermeras, ser coherente con el rol tradicional de género se relaciona con la salud tal y como está descrito en la literatura.

A continuación vamos a interpretar los resultados de las ecuaciones de regresión que van a explicar cuáles son las variables sociodemográficas, de salud física y salud psicológica, los estilos de vida, la maternidad/veespertinida, los niveles de cortisol y la variable género, que más influyen sobre las variables de salud autopercebida, salud mental y problemas de salud (variables criterio seleccionadas por ser las tres variables más significativas de las diferencias entre enfermeras y enfermeros).

Con respecto a la variable salud autopercebida de las enfermeras, se comprueba que las variables que la explican en mayor porcentaje, son el estado de salud mental y el número de problemas físicos, de forma que tener una mala salud mental aumenta en 4 veces la probabilidad de tener mala salud autopercebida, y tener problemas médicos aumenta en 11 veces el riesgo de padecer mala salud autopercebida. La relación entre mala salud autopercebida y mala salud mental ha sido comprobada en diferentes investigaciones (Mao & Zhao, 2012; Conry et al., 2011) y los resultados de las enfermeras estudiadas coinciden con los recogidos en la investigación de Sánchez-López, Aparicio y Dresch (2006), donde se concluye que la salud física de las mujeres está íntimamente ligada con la salud mental.

La variable peor salud mental en las mujeres de la muestra se incrementa en 2 veces si existe un aumento del estrés laboral y se multiplica por 7 si no hay un adecuado descanso/sueño. Estos resultados están bien documentados en la profesión enfermera, debido a los altos niveles de estrés en la profesión y a las dificultades para dormir derivadas del trabajo nocturno, que inciden de forma muy negativa sobre el estado psicológico de las enfermeras (SATSE, 2012; Deschamps, Olivares, de la Rosa & Asunsolo, 2011; Izú, Antunes, Cavalcanti & Silvino, 2011; Bonet, Moliné, Olona, Gil,

Bonet, Les-Morrell, Iza-Maiza et al., 2009; Feo, 2007; Melamed, Shirom, Toser, Beliner & Shapira, 2006; García, 2003).

Finalmente la variable número de problemas de salud tiene el riesgo de incrementarse en 12 veces si la mujer percibe tener una mala salud autopercebida, esta información coincide con la evaluación de la escala de salud autopercebida, como primer indicador del estado de salud de las personas (Simon et al., 2005; Robin et al., 2000; Rohlfs et al., 2000; Idler & Benyamini, 1997).

En resumen, igual que se ha encontrado en las mujeres de la población general española, para las enfermeras el estado de salud físico está íntimamente ligado con el estado de salud psicológico y, el estado psicológico con variables como el estrés laboral y tener un adecuado descanso Aparicio-García, Sánchez-López, Dresch & Díaz-Morales, 2008).

A continuación se va a discutir los resultados obtenidos en la muestra de hombres enfermeros:

La hipótesis planteada es que los enfermeros que sean más coherentes con el rol tradicional masculino obtendrán peores puntuaciones en salud. Los resultados sobre correlaciones estadísticamente significativas entre las escalas de género y las variables de salud, arrojan unos resultados muy heterogéneos. Así, se ha observado que hay 6 variables que tienen una relación directa entre salud y género y 8 con relación inversa. Aún así, se discutirá como todas ellas se corroboran con los resultados obtenidos por otros autores con respecto al rol tradicional masculino y que son coherentes con éste.

Los enfermeros que puntúan más alto en la escala *CMNI-2 Control emocional* van a tener mejores puntuaciones en salud autopercebida y van a ir menos al médico; la literatura señala que el rol tradicional masculino se relaciona con peores niveles de salud física, aunque también nos indica que los hombres más tradicionales sobrevaloran su salud, responden al estereotipo masculino que les demanda la sociedad: duros y fuertes y no se preocupan por su salud, ni manifiestan problemas físicos, ni piden ayuda médica hasta que éstos son acuciantes, lo que coincide con los resultados encontrados, es decir, se sienten bien y no consultan (Verdonk, Seesing & Rijk, 2010).

Cuando los enfermeros puntúan alto en la conformidad con el rol tradicional masculino a partir de la escala *CMNI-3 Conductas de riesgo*, se incrementa el número de consultas médicas, lo que concuerda con lo expuesto, y con la mayor exposición de los hombres tradicionalmente masculinos a conductas de riesgo para la salud: relaciones sexuales sin protección, no usar los cinturones de seguridad, unir consumo de alcohol, drogas con la conducción de automóviles y realizar deportes de alto riesgo (Mahalik & Burns, 2011; Verdonk, Seesing & Rijk, 2010; Mahalik, Burns & Syzdek, 2007; Nobis, Sandén & Elofsson, 2007; *The Royal Australian College of General Practitioners' RACGP*, 2006; Mahalik, Lagan & Morrison, 2006).

Puntuaciones altas en *CMNI-4 Violencia*, tiene una relación inversa con el consumo de fármacos y directa con la frecuencia de consumo de alcohol; estos resultados también son acordes con lo expuesto hasta ahora, de forma que los hombres que puntúan alto en masculinidad tradicional no consumen fármacos, porque no consultan a los médicos para ser diagnosticados y tratados de posibles patologías y es conocida la

relación entre exceso en el consumo de alcohol y conductas violentas (Cuellar-Flores & Sánchez-López, 2011; Mahalik & Burns, 2011; Peralata & Cruz, 2006; Liu & Iwamoto, 2007; Artazcoz, Rodríguez-Sanz, Cortés & Cascant, 2005; Locke & Mahalick, 2005).

Las mayores puntuaciones en la escala *CMNI-6 Dominancia* se relacionan con visitar menos al médico y con tener una menor satisfacción en su puesto de trabajo; ya se ha argumentado acerca de la correlación entre masculinidad tradicional y no acudir a los servicios de salud; con respecto a la satisfacción laboral, si interpretamos la correlación a la inversa, es decir menores puntuaciones en la escala *CMNI-6 Dominancia* obtendría mejores niveles de satisfacción laboral, esta relación se corrobora con los trabajos sobre los profesionales de la enfermería que informan de una mayor satisfacción laboral, cuando hay buenas relaciones con los compañeros y cuando estas relaciones de trabajo son horizontales y en equipo (Wang, Tao, Ellenbecker & Liu, 2012; Budge, Carryer & Wood (2003).

Hay una relación directa y muy significativa entre la escala *CMNI-7 Donjuanismo* y la frecuencia en el hábito alcohólico, una vez más se confirma que el consumo de alcohol se relaciona con el rol tradicional masculino y éste se relaciona con conductas de riesgo documentadas en la literatura, como pueden ser las conductas sexuales de riesgo bajo los efectos del alcohol (Bedford & Hwang, 2011; Cuellar-Flores & Sánchez-López, 2011; Mahalik & Burns, 2011; Peralata & Cruz, 2006; Liu & Iwamoto, 2007; Artazcoz, Rodríguez-Sanz, Cortés & Cascant, 2005; Locke & Mahalick, 2005).

Puntuar alto en la escala de rol tradicional masculino *CMNI-10 Desprecio a la homosexualidad* se correlaciona con menores problemas médicos y menos consumo de fármacos es decir ser coherente con la masculinidad tradicional va a estar relacionado con verbalizar que no se tienen problemas de salud, situación característica en los estudios de masculinidad, donde se da importancia a no transmitir situaciones de fragilidad, dependencia o enfermedad. También correlaciona con un menor estrés laboral.

La última correlación estadísticamente significativa se observa entre puntuar alto en la escala *CMNI-11 Búsqueda de posición social* con puntuar más bajo en satisfacción laboral y presentar peores puntuaciones en salud mental y, como ya se ha descrito en el capítulo 4 Enfermería, esta profesión tiene muy limitado el desarrollo profesional y los profesionales de la enfermería optan a puestos de poder en unos porcentajes muy bajos, lo que refleja los ínfimos 3 % de enfermeros/as que refieren estar satisfechos con las oportunidades de desarrollo profesional (SATSE, 2012; Instituto de Salud Carlos III, 2011), de forma que aquellos hombres enfermeros que tengan mayores puntuaciones en la escala *CMNI-11 Búsqueda de posición social* van a estar más insatisfechos con sus profesiones, van a tener una peor salud mental y van a consumir de forma más frecuente alcohol. Por tanto se evidencia que en los enfermeros, ser coherente con el rol tradicional de género se relaciona con la salud tal y como está descrito en la literatura.

Una vez argumentadas las correlaciones entre la variable género y salud en los enfermeros de la muestra, se va a razonar los resultados obtenidos en los análisis de regresión logística.

Para la variable salud autopercebida, aumentar la puntuación en la escala tradicional de género *CMNI-2 Control emocional* va a disminuir en un 30% el riesgo de tener mala salud autopercebida, lo que ha sido discutido y comprobado con anterioridad; y entre aquellos enfermeros que no descansen adecuadamente se aumenta en 16 veces el riesgo de padecer mala salud autopercebida, datos corroborados en la bibliografía consultada, con respecto a la salud de los profesionales enfermeros y sus dificultades para descansar (SATSE, 2012; Deschamps, Olivares, de la Rosa & Asunsolo, 2011; Izú, Antunes, Cavalcanti & Silvino, 2011).

En los enfermeros la variable salud mental mejora con la edad, de forma que por cada 10 años que aumenta la edad de los enfermeros, la probabilidad de tener mala salud mental disminuye en un 33% , estos datos se confirman con los obtenidos en diferentes publicaciones con personal sanitario, donde se evidencia unas mejores puntuaciones en el *GHQ-12* entre las muestras mayores de 40 años con respecto a los de menor edad, se explica en base a una mayor estabilidad emocional, laboral y de conocimientos/seguridad a nivel profesional (Al-Dubai & Rampal, 2010; Wood & Killion, 2007); tener una mala salud autopercebida, va a aumentar en 11 veces las probabilidades de tener mala salud mental, es decir que en los hombres también existe, al igual que en las mujeres, una relación entre salud física y salud mental, esta relación se ha comprobado más significativa en mujeres que en hombres, pero aún así también está relacionada (Sánchez-López, Aparicio & Dresch, 2006).

Se observa que aumentar en un punto los niveles de estrés laboral incrementaría en 2 veces el riesgo de tener mala salud mental pero si aumentamos un punto la satisfacción laboral de los enfermeros, se conseguiría disminuir en un 46% las probabilidades de

tener mala salud mental, esta conclusión coincide en su totalidad con los datos aportados por el estudio de Sánchez-López, López-García, Dresch y Corbalán (2008), donde se identifica que todos los factores relacionados con el ámbito laboral van a influir significativamente en la salud mental de los hombres, muy relacionado con el rol tradicional masculino y la importancia de ser el proveedor de recursos.

Por último se va a discutir acerca de la variable problemas de salud en los enfermeros y se calcula que ésta disminuiría en un 4% si se aumentan los resultados en la escala total de género masculino, de nuevo se confirma que mayores puntuaciones en rol tradicional masculino se asocia a menores puntuaciones en referir tener problemas de salud (Mahalik & Burns, 2011; Boman & Walker, 2010; Mahalik, Burns & Syzdek, 2007; Nobis, Sandén & Elofsson, 2007; RACGP, 2006); sin embargo aumentar la puntuación en la escala *CMNI-1 Ganar* aumentarían en 1,4 veces el riesgo de tener problemas salud, la posible explicación vendría de las características propias de la profesión y la necesidad de trabajar en equipo con el consenso de las actuaciones a realizar, de forma que actitudes encaminadas a imponer criterios propios, podría relacionarse con mayores problemas de salud, lo que iría en la dirección de los resultados observados en la escala *CMNI-11 Búsqueda de posición social* previamente descritos (SATSE, 2012; Instituto de Salud Carlos III, 2011).

También se desprende de este análisis que tener una mala salud mental incrementa en 5 las veces las probabilidades de tener problemas médicos, esta conclusión se recoge en la bibliografía consultada donde los hombres presentaban una peor salud mental en relación con manifestar quejas físicas (Sánchez-López, López-García, Dresch & Corbalán, 2008).

Finalmente también se observa que en los hombres la variable edad es muy significativa, de forma que por cada 10 años que aumenta la edad de los enfermeros, la probabilidad de tener dolencias físicas aumenta un 259%, siendo ésta una relación inicialmente lógica y esperable, y así aparece señalada en un estudios sobre variables demográficas y salud en hombres (Sánchez-Herrero, Sánchez-López & Dresch, 2009) aunque en las enfermeras la edad no entra a explicar ninguna de las variables criterios analizadas.

Recapitulando la información obtenida, las enfermeras son más coherentes con el rol tradicional femenino y presentan un patrón de salud típicamente femenino. Los enfermeros con un rol poco tradicional masculino, van a presentar un patrón de salud típicamente masculino y las correlaciones halladas entre las variables de salud y género se sustentan con los resultados de la bibliografía especializada consultada.

Objetivo 5. Comprobar que el Modelo Teórico Transaccional de Salud (Bruchon-Schweitzer, 2002) se cumple en los profesionales de la enfermería.

Hipótesis 5. Las enfermeras y enfermeros obtendrán relaciones en las variables criterios de salud y género conforme al Modelo Teórico Transaccional de Salud.

Contraste de la Hipótesis 5. Las enfermeras y enfermeros obtienen unas relaciones en las variables criterio seleccionadas conforme al Modelo Teórico Transaccional de Salud.

A lo largo de la historia, se ha intentado analizar la salud de los individuos en base a diferentes modelos de salud; el modelo biomédico ha sido el modelo hegemónico desde que se implantó el método científico se realizaron los descubrimientos de finales del s. XIX, sobre la etiología de las enfermedades infecciosas y la creación de los antibióticos, de forma que se instaura una visión biologicista y unicausal en el proceso de enfermar (Laín-Entralgo, 2006).

Durante el s. XX, debido al desarrollo de la medicina (implantación de prácticas preventivas, avance en los tratamientos y diagnósticos de enfermedades), a los cambios sociales (mejoras en la alimentación, higiene, acceso a servicios médicos, poder adquisitivo) y políticos, aparecen unos modelos teóricos críticos con el modelo biomédico, entre ellos el modelo biopsicosocial que basa el estudio de la salud no sólo en factores biológicos, sino también en factores psicológicos y sociales (Sánchez-González, 2012).

A partir del modelo biopsicosocial surge una nueva disciplina denominada Psicología de la Salud, donde está encuadrado el Modelo Transaccional en Psicología de la Salud propuesto por Bruchon-Schweitzer (2002).

En esta investigación se ha elegido este modelo para explicar la salud de los profesionales de la enfermería, por ser un modelo integrador, entre otros, de los diferentes modelos biopsicosociales, modelos epidemiológicos (factores sociodemográficos y comportamientos de riesgo que predisponen a enfermar) y el modelo interaccionista (el comportamiento individual está determinado tanto por características personales como por variables situacionales, que serán beneficiosas o

perjudiciales a la salud) (Bruchon-Schweitzer, 2002). Como se ha documentado en el capítulo 2 salud, los modelos teóricos de salud serán adecuados si presentan equivalencias vinculadas de los fenómenos e indican las relaciones causales entre un grupo de variables que pueden ser observables y medibles (Cabrera, 2004).

A continuación se va a describir la base del modelo en función a las variables analizadas en este estudio. La autora del modelo propone la existencia de:

1.- Variables antecedentes: que en nuestro estudio son las variables sociodemográficas (sexo, edad, número de hijos y de personas dependientes y tener ayuda doméstica), las características laborales (turnicidad y realización de noches), los estilos de vida (matutinidad/vespertinidad, descanso/sueño, consumo de tabaco y alcohol, alimentación y ejercicio) y los roles de género.

2.- Variables moduladoras: que son aquellas que pueden predisponer o disminuir los resultados de las variables criterio o resultados y que en este estudio están identificadas por las variables de estrés y satisfacción laboral.

3.- Variables criterios o resultados: en este estudio hacen referencia a la salud autopercebida, salud mental, número de problemas de salud, consumo de fármacos y número de consultas médicas.

En base a los resultados obtenidos en esta investigación, la salud de las enfermeras y enfermeros se adecúa al modelo teórico propuesto, al evidenciarse las relaciones estadísticamente significativas entre las variables criterios seleccionadas por presentar

las mayores diferencias entre enfermeras y enfermeros (salud autopercebida, salud mental y número de problemas de salud), con las variables antecedentes y, observándose la existencia de unas variables moduladoras en las ecuaciones de regresión lineal, que son el estrés laboral para ambos y también la satisfacción laboral en los enfermeros.

Así en las mujeres enfermeras, se obtienen tres modelos, en función de los resultados de las ecuaciones de regresión logística, para las tres variables criterios elegidas: salud autopercebida, la salud mental y el presentar problemas de salud, que estarían explicadas por el descanso/sueño de las enfermeras y los niveles de estrés laboral percibidos.

Y en los hombres enfermeros, ocurre de igual forma que con sus compañeras enfermeras, se obtienen tres modelos en función a los resultados de las ecuaciones de regresión logística de las variables criterios seleccionadas (salud autopercebida, la salud mental y el número de problemas médico) y, serían explicadas por las variables de edad, descanso/sueño, género, estrés laboral y satisfacción laboral.

8.3.- Consideraciones finales

En esta investigación se han confirmado la mayoría de las hipótesis planteadas. Empezando por el objetivo primero, se confirma la hipótesis planteada (hipótesis 1) al comprobar la idoneidad de los instrumentos para su uso como medida de las variables de estudio, lo que nos garantiza la fiabilidad de los resultados en los posteriores análisis.

En el Estudio 2 se analiza las diferencias en salud y en rol de género entre la muestra de enfermeras y las mujeres de la población general española y, entre los enfermeros y los hombres de la población general española, respectivamente. Para llevar a cabo este objetivo se proponen dos hipótesis: la primera hipótesis (hipótesis 2.1) a refutar se cumple, pero con algunos matices; se corroboran los resultados en relación a la bibliografía consultada, y así se puede concretar que las enfermeras obtienen mejores puntuaciones en salud autopercebida y estilos de vida (excepto en las horas de sueño) y peores puntuaciones en salud mental y en estrés laboral que las mujeres de la población general española. Con respecto a los enfermeros, estos obtienen mejores resultados en salud autopercebida y estilos de vida (excepto en las horas de sueño y en la frecuencia en el consumo de alcohol) y peores puntuaciones en salud mental y estrés laboral que los hombres de la población general española. La segunda hipótesis (hipótesis 2.2) se cumple en su totalidad, y se refrendan los resultados obtenidos con los estudios consultados como se ha visto en la discusión del Estudio 2. De forma que se constata que las enfermeras son más coherentes con el rol tradicional femenino que las mujeres de la población española. Y los enfermeros son menos coherentes con el rol tradicional enfermero que los hombres analizados.

En el Estudio 3 se investiga las diferencias entre salud y género en las mujeres y hombres de la muestra enfermera analizada. Se proponen 3 objetivos con 3 hipótesis para profundizar en el conocimiento sobre el estado de salud y los roles de género de los profesionales de la enfermería. Así la primera hipótesis (hipótesis 3) de este estudio 3 también se cumple con una excepción que no ha sido posible confirmar: las enfermeras obtienen peores puntuaciones en las variables de salud estudiadas, excepto en la frecuencia de consumo de alcohol, con respecto a las puntuaciones en salud de sus

compañeros enfermeros. La excepción no confirmada se deriva de la pregunta utilizada por el cuestionario de la ENS sobre el hábito en el consumo de alcohol, ya que en ésta se pregunta por la frecuencia de consumo, pero no sobre la cantidad de alcohol consumida, de forma que no podemos comprobar si las mayores puntuaciones en la frecuencia de consumo de alcohol en los enfermeros se traduce en un mayor consumo de éstos en relación a sus compañeras de profesión. Como se ha detallado en la discusión del estudio 3, estos resultados se confirman con las investigaciones realizadas por otros autores en materia de salud y género.

Con la segunda hipótesis (hipótesis 4) de este Estudio 3, se investiga sobre las relaciones entre el rol tradicional de género de las enfermeras y de los enfermeros y su relación con las variables de salud. Con los resultados obtenidos, se confirma la hipótesis planteada para la muestra femenina y para la muestra masculina, es decir, aquellas enfermeras y enfermeros que estén más conformes con el rol tradicional femenino y masculino, respectivamente, obtienen peores puntuaciones en salud. Existen en ambos sexos correlaciones positivas entre las variables salud y género que han sido documentadas en la literatura.

La última de las hipótesis (hipótesis 5) del Estudio 3, busca refutar la conformidad de las relaciones entre las variables de salud y género en la muestra de profesionales de la enfermería con el modelo teórico de salud propuesto, el Modelo Teórico Transaccional de Salud y, la discusión realizada permite confirmar ésta hipótesis, por tanto, las variables de salud y género en las enfermeras y enfermeros obtienen resultados estadísticamente significativos que coinciden con el planteamiento teórico realizado por la autora del modelo (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Por último, cabe decir que el objetivo final de esta investigación es conocer la realidad de unos profesionales altamente cualificados, como lo son los profesionales de la enfermería y describir cuáles son sus fortalezas y sus debilidades en materia de salud. Todo ello desde una mirada novedosa como es incluir la perspectiva de género desde el comienzo del proceso investigador (y no sólo aportar los datos desagregados por sexo, sino identificar cómo los roles, creencias, estereotipos y relaciones de poder van a influir en la salud de estos profesionales), al utilizar una medida de género (*CMNI/CFNI*), que es pionera en el campo de la enfermería, e identificar si esta variable modula los niveles de salud de las/os enfermeras/os.

Así, los resultados obtenidos pueden ser de gran utilidad al resto de la comunidad científica, al aportar un estudio sobre la enfermería desde otra realidad, aún no explorada en nuestro país.

También puede ser es un punto de partida para que de forma multidisciplinar, ya que partimos de un modelo biopsicosocial, y especialmente desde las Consejerías de Salud, las Direcciones de Enfermería, los colegios profesionales, los sindicatos, etc., se realicen programas de prevención y actuación para mejorar los niveles de salud físicos, psicológicos y sociales, de unos profesionales, que a pesar de referir altas puntuaciones de estrés laboral, presentan mayores puntuaciones en satisfacción laboral que la media de los/as españoles/as analizados/as.

Capítulo 9

Limitaciones y Perspectivas Futuras

9.- Limitaciones y Perspectivas Futuras

Con esta investigación se han analizado las relaciones entre salud y género de las enfermeras y enfermeros de la población de estudio y, se han comparado ambas muestras con los resultados de salud y género de las mujeres y los hombres de la población general española, respectivamente.

Las conclusiones que se desprenden de esta investigación y, que han sido descritas en el anterior capítulo, sólo abren el camino en el análisis de las relaciones entre salud y género en los profesionales sanitarios, por lo que no agota el tema propuesto sino que deja muchas puertas abiertas para ser retomado con mayor profundidad.

El hecho de ser una investigación de corte transversal, en la que se mide la relación entre las variables de salud y género, en un momento puntual, y no realizar un seguimiento en el tiempo, hace que muchas de esas variables puedan sufrir cambios, como nos consta que está ocurriendo por los cambios acontecidos en la sanidad pública española, que pueden estar modificando las puntuaciones de muchos indicadores de salud objetivos y subjetivos. De forma que sería muy interesante realizar estudios prospectivos, en la misma muestra de estudio, para valorar estos supuestos cambios.

También hay que tener en cuenta, que aunque la muestra de enfermeros es muy representativa de la población de enfermeros que trabajan en el hospital de referencia (suponen el 95,2% de la plantilla total de enfermeros), no se ha utilizado ningún tipo de muestreo probabilístico que aleatorice la selección de los participantes, por el contrario, la entrevista personalizada de la investigadora con cada uno de los enfermeros y

enfermeras del hospital ha podido ser una fuente de sesgo, al describir los beneficios de conocer los resultados con una importante persuasión que haya animado a los participantes a entrar en el estudio, o que aquellos que han accedido sean los más motivados o los que más tiempo tuvieran para desarrollar la encuesta y permitir que le extrajeran sangre en dos ocasiones en un mismo día (Pinqüart & Söresen, 2003).

Otra de las limitaciones se deriva del tamaño muestral, aunque especialmente en el número de enfermeros, éstos si representan la realidad de este colectivo en el hospital estudiado, no podemos en ningún caso extrapolar los resultados a otros hospitales, por lo que se haría muy recomendable, poder reproducir el estudio en diferentes hospitales de diferentes comunidades autónomas, para tener una visión más completa de la realidad enfermera.

Otra de las limitaciones, señalada en la investigación, ha sido no poder cuantificar la cantidad de alcohol consumido por los participantes, al haberse utilizado la pregunta que recoge la ENS, sobre si se ha consumido o no alcohol y la frecuencia de este consumo. De forma, que en estudios posteriores, se debería tener en cuenta esta consideración y preguntar por las cantidades consumidas además de las frecuencias de éstos consumos.

Otra de las limitaciones es intrínseca al tipo de estudio correlacional utilizado, al no poder determinar una relación de causa-efecto entre las variables.

Las medidas para evaluar la salud, a través de un cuestionario autocumplimentado, es otra de las limitaciones del estudio y, como ya se ha comentado en el trabajo, el análisis

de los niveles de cortisol en plasma como medida objetiva de salud, no ha despejado muchas dudas sobre los niveles de estrés referidos por los participantes, por lo que se considera oportuno incluir otras medidas objetivas de salud como las constantes vitales, otro tipo de determinación serológica, pruebas que confirmen el diagnóstico de enfermedades, etc.

Sería muy interesante implementar los programas descritos en el apartado final de discusiones, programas que busquen mejorar los niveles de salud de los profesionales que se dedican a cuidar, programas que enseñen o recuerden, de forma regular, las habilidades necesarias para afrontar cada día situaciones de sufrimiento y crisis, así como herramientas para reconocer en cada uno de los profesionales señales de agotamiento físico o psicológico. Y analizar a posteriori, los efectos de estas prácticas en los trabajadores sanitarios.

Como consecuencia de entrar a medir un tema tan complejo como es el análisis de la salud física y especialmente la salud psicológica de los individuos, sería muy recomendable introducir un apartado con diseño cualitativo, que enriquecería los datos numéricos y permitiría superar las limitaciones que implica realizar una investigación con un enfoque exclusivamente cuantitativo.

Finalmente resultaría muy significativo conocer la percepción de las personas directamente relacionadas con las enfermeras y enfermeros, tanto pacientes como otros profesionales, los cónyuges, hijos/as, amigos/as, etc. sobre el tipo de trabajo que realizan, qué les caracteriza como profesionales del cuidado, cómo valoran ellos la forma en que les afectan los trabajos a turnos, qué medidas adoptarían para minimizar

los efectos negativos del cuidado profesional que realizan, etc., lo que permitiría obtener una perspectiva más completa sobre estos profesionales de la salud.

Listado de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 2.1	Principales Modelos de Salud.....	Pág. 21
Tabla 2.2	Principales patologías crónicas diagnosticadas por un médico, en población ≥ 16 años	Pág. 47
Tabla 4.1	Salarios del personal hospitalario en España a mediados s. XIX (en reales).....	Pág. 96
Tabla 4.2	Clasificación del personal de Enfermería en España según sexo.....	Pág. 102
Tabla 6.1	Descripción de las escalas del <i>CMNI</i>	Pág. 151
Tabla 6.2	Descripción de las escalas del <i>CFNI</i>	Pág. 152
Tabla 7.1.1	Valores del estadístico alfa de Cronbach para el instrumento <i>GHQ-12</i>	Pág. 165
Tabla 7.1.2	Valores del estadístico alfa de Cronbach para el instrumento <i>CS</i>	Pág. 166
Tabla 7.2.1	Diferencias de medias entre enfermeras y enfermeros en variables sociodemográficas con el estadístico t de Student.....	Pág. 171
Tabla 7.2.2	Diferencias de medias entre enfermeras y enfermeros en variables sociodemográficas con el estadístico Chi Cuadrado.....	Pág. 172
Tabla 7.2.3	Diferencia de medias entre enfermeras y mujeres de la población general española y entre enfermeros y hombres de la población general española en variables físicas y estilos de vida con el estadístico Chi cuadrado.....	Pág. 176
Tabla 7.2.4	Diferencia de medias entre enfermeras y mujeres de la población general española y entre enfermeros y hombres de la población general española en variables físicas y estilos de vida con el estadístico t de Student.....	Pág. 177

Tabla 7.2.5	Diferencia de medias entre enfermeras y mujeres de la población general española en las subescalas del <i>CFNI</i> con el estadístico t de Student.....	Pág. 182
Tabla 7.2.6	Diferencia de medias entre enfermeras y mujeres de la población general española en las subescalas del <i>CMNI</i> con el estadístico t de Student.....	Pág. 184
Tabla 7.3.1	Diferencia de medias entre enfermeras y enfermeros en salud física con el estadístico U de Mann- Whitney o t de Student según proceda.....	Pág. 188
Tabla 7.3.2	Diferencia de porcentajes entre enfermeras y enfermeros en salud física con el estadístico Chi cuadrado.....	Pág. 189
Tabla 7.3.3	Diferencia de medias entre enfermeras y enfermeros en salud mental con el estadístico U de Mann- Whitney o t de Student según proceda.....	Pág. 190
Tabla 7.3.4	Diferencia de porcentajes entre enfermeras y enfermeros en salud mental con el estadístico Chi cuadrado.....	Pág. 191
Tabla 7.3.5	Diferencia de medias entre enfermeras y enfermeros en estilos de vida con el estadístico t de Student.....	Pág. 192
Tabla 7.3.6	Porcentajes de la escala de matutinidad/vespertinidad CS según sexo.....	Pág.193
Tabla 7.3.7	Diferencia de porcentajes entre enfermeras y enfermeros en estilos de vida con el estadístico Chi cuadrado.....	Pág. 194
Tabla 7.3.8	Comparativa de las variables de salud estadísticamente significativas en los profesionales de la enfermería desagregadas por sexo y edad.....	Pág. 195
Tabla 7.3.9	Análisis Multivariado de la Varianza de los índices de Salud en los grupos de sujetos según edad y sexo.....	Pág. 196
Tabla 7.3.10	Correlaciones con el coeficiente <i>rho</i> de Spearman entre la variables de salud en las enfermeras controlando la edad.....	Pág. 197

Tabla 7.3.11	Correlaciones con el coeficiente ρ de Spearman entre las variables de salud en los enfermeros controlando la edad.....	Pág. 198
Tabla 7.4.1	Diferencia de medias en el instrumento <i>CFNI</i> en las enfermeras según el grupo edad.....	Pág. 202
Tabla 7.4.2	Diferencia de medias en el instrumento <i>CMNI</i> en los enfermeros según el grupo edad.....	Pág. 203
Tabla 7.4.3	Correlaciones con el coeficiente ρ de Spearman entre la escala total de género y las variables de salud controlando la edad.....	Pág. 204
Tabla 7.4.4	Correlaciones con el coeficiente ρ de Spearman entre las 8 escalas del <i>CFNI</i> y las variables de salud controlando la edad.....	Pág. 205
Tabla 7.4.5	Correlaciones con el coeficiente ρ de Spearman entre las 11 escalas del <i>CMNI</i> y las variables de salud controlando la edad.....	Pág. 207
Tabla 7.4.6	Regresión logística multivariado de la Salud autopercebida en Enfermeras según género, variables de salud física, variables de salud mental y estilos de vida.....	Pág. 209
Tabla 7.4.7	Regresión logística multivariado de la Salud Mental (según <i>GHQ-12</i>) en Enfermeras según género, variables de salud física, variables de salud mental y estilos de vida.....	Pág. 209
Tabla 7.4.8	Regresión logística multivariado de la variable Problemas de Salud en Enfermeras según género, variables de salud física, variables de salud mental y estilos de vida.....	Pág. 210
Tabla 7.4.9	Regresión logística multivariado de la Salud autopercebida en Enfermeros según género, variables de salud física, variables de salud mental y estilos de vida.....	Pág. 211
Tabla 7.4.10	Regresión logística multivariado de la Salud Mental (según <i>GHQ-12</i>) en Enfermeros según género, variables de salud física, variables de salud mental y estilos de vida.....	Pág. 211
Tabla 7.4.11	Regresión logística multivariado de la variable Problemas de Salud en Enfermeros según género, variables de salud física, variables de salud mental y estilos de vida.....	Pág. 212

Tabla 8.1	Diferencias significativas en Salud entre enfermeras y mujeres de la población general española y enfermeros y hombres de la población general española, respectivamente.....	Pág. 228
-----------	---	----------

Figuras

Figura 1	Modelo Transaccional de Salud.....	Pág. 26
Figura 2	Consumo de alcohol con riesgo para la salud, según sexo y edad en España.....	Pág. 43
Figura 3	Porcentaje de consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir en las últimas 2 semanas sobre personas que han tomado algún.....	Pág. 50
Figura 4	Porcentaje de consumo de fármacos antidepresivos y estimulantes en las últimas 2 semanas sobre personas que han tomado algún medicamento.....	Pág. 51
Figura 5	Depresión, ansiedad y otros trastornos mentales en los últimos 12 meses por sexo y clase social. Población ≥ 16 años.....	Pág. 59
Figura 6	Ingresos hospitalarios por esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y por trastornos relacionados con sustancias.....	Pág. 61
Figura 7	Perspectiva funcional y estructural de la sexología y la Generología.....	Pág. 70
Figura 8	Dialéctica entre la organización social y la subjetividad.....	Pág. 73
Figura 9	Rol de género como determinante social de la salud.....	Pág. 76
Figura 10	Modelo Transaccional de Salud con las variables de estudio.....	Pág. 215
Figura 11	Confirmación Modelo Teórico Transaccional de Salud en las Enfermeras.....	Pág. 217
Figura 12	Confirmación Modelo Teórico Transaccional de Salud en los Enfermeros.....	Pág. 218
Figura 13	Confirmación Modelo Teórico Transaccional de Salud en los profesionales de la Enfermería.....	Pág. 219

ANEXO 1**Cuestionario para las Enfermeras**

A continuación encontrará preguntas relacionadas con su vida. El objetivo es valorar los niveles de salud en relación con el género. Los datos son totalmente anónimos. Por favor, sea sincero en sus respuestas.

DATOS PERSONALES Y DEMOGRÁFICOS
--

Rellene / señale con una cruz la opción que le corresponda:

Edad		
Años		
Estado civil		
Soltero/a		
Casado/a o pareja de hecho		
Separado/a o divorciado/a		
Viudo/a		
Sexo		
Hombre		
Mujer		
Estudios		
Año Finalización DUE		
Año Finalización Especialidad Obstétrico-Ginecológica		
Otros estudios:		
Trabajo		
Nº Años trabajando como DUE o DUE+ matrona		
Realiza turnos nocturnos		
Cargas Familiares		
Nº Hijos/as		
Edades		
Nº de personas dependientes a su cargo (ancianos, enfermos, etc...)		
Edades		
Ayudas domésticas		
	Sí	No
¿Tiene ayuda para la realización de las tareas domésticas y/o cuidado de hijos u otras personas dependientes?		
Dicha ayuda es remunerada		
Nº horas semanales contratadas		

DATOS DE SALUD FÍSICA Y MENTAL

1. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo? (P14)

- Muy bueno _____ ☐ 1
 Bueno _____ ☐ 2
 Regular _____ ☐ 3
 Malo _____ ☐ 4
 Muy malo _____ ☐ 5

2. A continuación presentamos una serie de enfermedades o problemas de salud, ¿padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas? (P15)

	SÍ	NO
1. Tensión alta _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Infarto de miocardio _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Otras enfermedades del corazón _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Varices en las piernas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Artrosis, artritis o reumatismo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Dolor de espalda crónico (cervical) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Dolor de espalda crónico (lumbar) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Alergia crónica _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Asma _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Bronquitis crónica _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. Diabetes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. Úlcera de estómago o duodeno _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13. Incontinencia urinaria _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
14. Colesterol alto _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
15. Cataratas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
16. Problemas crónicos de piel _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
17. Estreñimiento crónico _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
18. Depresión ansiedad u otros trastornos mentales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
19. Embolia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
20. Migraña o dolor de cabeza frecuente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
21. Hemorroides _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
22. Tumores malignos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
23. Osteoporosis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
24. Anemia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
25. Problemas de tiroides _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
26. Problemas de próstata (sólo hombres) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
27. Problemas del periodo menopáusico (sólo mujeres) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?		
28.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
29.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

3. A continuación presentamos una serie de medicamentos, por favor señale, ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido en las últimas dos semanas y cuáles le fueron recetados por el/la médico, independientemente de que se hayan consumido? (P25)

	Consumido		Recetado	
	Sí	No	Sí	No
01. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
02. Medicinas para el dolor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
03. Medicinas para bajar la fiebre _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
04. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
05. Laxantes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
06. Antibióticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
07. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
08. Medicamentos para la alergia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
09. Medicamentos para la diarrea _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Medicinas para el reuma _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. Medicinas para el corazón _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. Medicinas para la tensión arterial _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13. Medicinas para el estómago y/o las alteraciones digestivas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
14. Antidepresivos, estimulantes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
15. Píldoras para no quedar embarazada (sólo para mujeres) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
16. Hormonas para la menopausia (sólo para mujeres) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
17. Medicamentos para adelgazar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
18. Medicamentos para bajar el colesterol _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
19. Medicamentos para la diabetes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
20. Otros medicamentos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
21. Productos homeopáticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
22. Productos naturistas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		

4. Cuántas veces ha consultado con un/a médico/a de familia en las últimas cuatro semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya? (P30)

Nº de veces _____

No sabe/no recuerda _____ ☐

No contesta _____ ☐

5. Cuántas veces ha consultado con un/a especialista en las últimas cuatro semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya? (P31)

Nº de veces _____

No sabe/no recuerda _____ ☐

No contesta _____ ☐

6. ¿Cuál era la especialidad del de la último/a médico/a al/a la que consultó en estas cuatro últimas semanas? (P32)

7. Ahora, nos gustaría saber cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar todas las preguntas. (P26)

Últimamente:

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía? _____	Mejor que lo habitual <input type="checkbox"/> 0	Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> 1	Menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 2	Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 3
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? _____	No, en absoluto <input type="checkbox"/> 0	No más que lo habitual <input type="checkbox"/> 1	Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/> 2	Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/> 3
3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida? _____	Más útil que lo habitual <input type="checkbox"/> 0	Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> 1	Menos útil que lo habitual <input type="checkbox"/> 2	Mucho menos útil que lo habitual <input type="checkbox"/> 3
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? _____	Más que lo habitual <input type="checkbox"/> 0	Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> 1	Menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 2	Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 3
5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? _____	No, en absoluto <input type="checkbox"/> 0	No más que lo habitual <input type="checkbox"/> 1	Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/> 2	Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/> 3
6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades? _____	No, en absoluto <input type="checkbox"/> 0	No más que lo habitual <input type="checkbox"/> 1	Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/> 2	Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/> 3
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día? _____	Más que lo habitual <input type="checkbox"/> 0	Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> 1	Menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 2	Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 3
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas? _____	Más capaz de lo habitual <input type="checkbox"/> 0	Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> 1	Menos capaz que lo habitual <input type="checkbox"/> 2	Mucho menos capaz que lo habitual <input type="checkbox"/> 3
9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido? _____	No, en absoluto <input type="checkbox"/> 0	No más que lo habitual <input type="checkbox"/> 1	Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/> 2	Muchos más que lo habitual <input type="checkbox"/> 3
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo? _____	No, en absoluto <input type="checkbox"/> 0	No más que lo habitual <input type="checkbox"/> 1	Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/> 2	Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/> 3
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? _____	No, en absoluto <input type="checkbox"/> 0	No más que lo habitual <input type="checkbox"/> 1	Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/> 2	Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/> 3
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias? _____	Más que lo habitual <input type="checkbox"/> 0	Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> 1	Menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 2	Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 3

27. Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Vd. el nivel de estrés de su trabajo, según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante).

1 2 3 4 5 6 7

28. Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio).

1 2 3 4 5 6 7

HÁBITOS DE VIDA

CONSUMO DE TABACO

8. ¿Podría decir si actualmente fuma? (P67)

- Sí fuma diariamente _____ ☐ 1
- Sí fuma, pero no diariamente _____ ☐ 2
- No fuma actualmente, pero ha fumado antes _____ ☐ 3
- No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual _____ ☐ 4

Para personas que fuman a diario

10. ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio al día? (P68)

1. Número de cigarrillos -----
2. Número de puros -----

11. ¿A qué edad comenzó a fumar? (P69)

Edad en años _____

Para personas que fuman, pero no diariamente

12. ¿Con qué frecuencia suele fumar? (71)

- Al menos tres o cuatro veces por semana ☐ 1
- Una o dos veces por semana _____ ☐ 2
- Con menos frecuencia _____ ☐ 3

13. Y el día que fuma, ¿qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio? (P72)

1. Número de cigarrillos -----
2. Número de puros -----

CONSUMO DE BEBIDAS CON ALCOHOL

14. ¿Ha bebido usted en las últimas dos semanas alguna bebida alcohólica? (P81)

- Sí _____ ☐ 1
- No _____ ☐ 6

15. ¿Ha bebido usted en los últimos doce meses alguna bebida alcohólica? (P82)

Sí _____ ☐ 1
No _____ ☐ 6

16. ¿Ha bebido usted en alguna ocasión alguna bebida alcohólica? (P83)

Sí _____ ☐ 1
No _____ ☐ 6

17. Para cada una de estas bebidas, ¿suele consumirlas sólo los fines de semana (incluso viernes por la tarde), sólo entre semana o en ambos indistintamente? (P85)

	No consume	Fin de semana (desde el viernes por la tarde)	Entre semana (no incluye viernes por la tarde)	Ambos indistintamente
1. Vino o cava _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Cerveza con alcohol _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Aperitivos con alcohol _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Sidra _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Combinados, brandy o licores, _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Whisky _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

18. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas de forma regular? (P86)

Edad en años _____

DESCANSO Y EJERCICIO FÍSICO

19. ¿Podría indicar, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día? Incluya las horas de siesta. (P87)

Nº de horas diarias _____

88. ¿Las horas que duerme le permiten descansar lo suficiente?

Sí _____ ☐ 1
No _____ ☐ 6

89. ¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas ...

	Nunca	Algún día	Varios días	Mayoría de los días	Todos los días
1. ha tenido dificultad para quedarse dormido/a?					
2. se ha despertado varias veces mientras dormía?					
3. se ha despertado demasiado pronto?					

20. Habitualmente, ¿realiza en su tiempo libre alguna actividad física como caminar, hacer algún deporte, gimnasia...? (P93)

Sí _____ ☐ 1

No, normalmente no hago ejercicio físico — ☐ 6

21. Y durante las dos últimas semanas puede decirme cuántas veces ha practicado durante más de 20 minutos: (P94)

(p.ej., si realiza natación 2 veces por semana durante 30 minutos cada sesión, se contabilizaría como un total de 4 nº de veces)

Nº de veces

1. Una actividad física ligera como caminar, jardinería, gimnasia suave, juegos que requieren poco esfuerzo y similares _____

2. Una actividad física moderada como montar en bicicleta, gimnasia, aeróbic, correr, natación _____

3. Una actividad física intensa como fútbol, baloncesto, ciclismo o natación de competición, judo, karate o similares _____

ALIMENTACIÓN

95. ¿Qué desayuna habitualmente?

	Sí	No
1. Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur,...		
2. Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería ...		
3. Fruta y/o zumo		
4. Alimentos como huevos, queso, jamón ...		
5. Otro tipo de alimentos		
6. Nada, no suele desayunar		

96. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

	A diario	Tres veces o más a la semana, pero no a diario	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
01. Fruta Fresca					
02. Carne					
03. Huevos					
04. Pescado					
05. Pasta, arroz, patatas...					
06. Pan, cereales, ...					
07. Verduras y hortalizas					
08. Legumbres					
09. Embutidos y fiambres					
10. Productos lácteos					
11. Dulces (galletas, bollería, mermeladas, ...)					
12. Refrescos con azúcar					

97. En el momento actual, ¿sigue usted alguna dieta o régimen especial?

Sí _____ ☐ 1
 No _____ ☐ 6

98. ¿Cuál es la razón principal por la que sigue esta dieta o régimen especial?

1. Para perder peso	
2 .Para mantener su peso actual	
3. Para vivir más saludablemente	
4. Por una enfermedad o problema de salud	
5 .Por otra razón	

128. ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

Peso en kg.....

129. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Altura en cm.....

130. Y, en relación a su estatura, diría que su peso es:

Bastante mayor de lo normal	
Algo mayor de lo normal	
Normal	
Menor de lo normal	

CFNI

INSTRUCCIONES

Las siguientes páginas contienen una serie de afirmaciones sobre cómo las **mujeres** podrían pensar, sentirse o portarse. Las afirmaciones se han diseñado para medir actitudes, creencias y comportamientos asociados con los roles de género femeninos, tanto tradicionales como no tradicionales. Por ejemplo, las afirmaciones tratan de temas tales como el aspecto, cuidar a los demás, la sexualidad y las relaciones.

Por favor, indique en grado en que está **personalmente de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación**. Rodee con un círculo la respuesta que mejor refleje **sus pensamientos, sus propias acciones, sentimientos y creencias**.

EJEMPLO DE ÍTEM

Es importante hacer saber	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	--------------------------------	------------	---------	-----------------------------

Rodee la afirmación con la que esté más de acuerdo en cada caso.

No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Debe dar la respuesta que mejor describe sus acciones, sentimientos y creencias personales. Al contestar, lo mejor es responder con su primera impresión.

1	Es importante hacer saber a la gente que son especiales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
2	Cuidaría niños para divertirme.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
3	Sería más feliz si fuese más delgada.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
4	Me sentiría extremadamente avergonzada si tuviera muchas parejas sexuales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
5	Me siento incómoda si me escogen para alabarme.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
6	Cuando estoy en una relación romántica, le doy toda mi energía.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
7	Es importante mantener limpio el espacio donde se vive.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

8	Paso más de 30 minutos al día arreglándome el pelo y el maquillaje.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
9	Es una pérdida de tiempo emplear energía en las amistades	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
10	Participo en actividades que incluyen a niños.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
11	No suelo preocuparme por ganar peso.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
12	Si fuera soltera, me gustaría tener muchas citas.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
13	Ser desagradable te ayuda a salir adelante en la vida.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
14	Cuento mis logros a todo el mundo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
15	Pienso a menudo en relaciones románticas aunque no mantenga ninguna en ese momento.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
16	Limpio mi casa regularmente.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
17	Me siento atractiva cuando no voy maquillada.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
18	Creo que debo mantener mis amistades a toda costa.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
19	Encuentro molestos a los niños.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
20	Es importante ser delgada.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
21	Prefiero las relaciones a largo plazo a las relaciones sexuales casuales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
22	Presumir no tiene nada de malo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
23	Las personas solteras me dan pena.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
24	Estoy cómoda cuando el lugar donde vivo está un poco desordenado.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
25	Me sentiría superficial si llevase maquillaje.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
26	Me siento bien conmigo misma cuando otras personas saben que me importan.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
27	Cuidar niños no es para mí.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
28	Sólo me pondría a régimen se me lo mandara un médico.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
29	Me sentiría culpable si tuviera un encuentro sexual de una sola noche.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
30	Cuando tengo éxito, se lo cuento a mis amigos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
31	Tener una relación romántica es algo esencial en la vida.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

32	Disfruto empleando tiempo para que el lugar donde vivo tenga un aspecto agradable.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
33	Ser agradable con los demás es extremadamente importante.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
34	Me maquillo regularmente.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
35	No me tomo muchas molestias para mantener el contacto con mis amigos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
36	La mayoría de la gente disfruta más que yo de los niños.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
37	Me gustaría perder algunos kilos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
38	Es imposible ser siempre agradable con los demás.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
39	No es necesario estar en una relación comprometida para tener sexo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
40	Odio contar mis logros a la gente.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
41	Puedo ser feliz sin estar en una relación romántica.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
42	No he limpiado mi casa en la última semana.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
43	Por las mañanas me preparo sin mirarme mucho al espejo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
44	Me sentiría agobiada si tuviera que mantener muchas amistades.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
45	Cuando quiero relajarme, no quiero estar con niños.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
46	Tiendo a vigilar lo que como para mantenerme delgada.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
47	Me sentiría cómoda teniendo sexo ocasional.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
48	Hago el esfuerzo de reunirme con mis amigos regularmente.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
49	Siempre quito importancia a mis logros.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
50	Es importante tener una relación romántica.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
51	No me importa si mi casa tiene un aspecto desordenado.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
52	Jamás me maquillo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
53	Siempre intento hacer que los demás se sientan especiales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
54	Cuidar niños da significado a la vida.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
55	Tendría mejor aspecto si ganase un par de kilos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

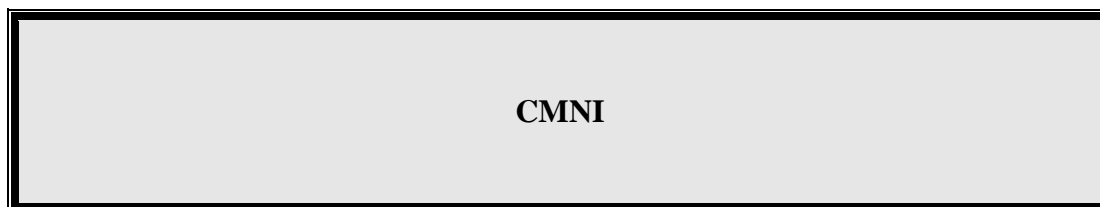
56	Cambio de pareja sexual con frecuencia.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
57	No me da miedo contarle mis logros a la gente.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
58	Mis planes vitales no dependen de tener una relación romántica.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
59	Soy yo la que hago toda la limpieza, la cocina y la decoración de mi casa.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
60	Es importante tener un aspecto físico atractivo en público.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
61	Si una amistad no funciona, le pongo fin.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
62	Me sentiría vacía si no hubiera niños en mi vida.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
63	Intento ser dulce y amable.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
64	Siempre estoy intentando perder peso.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
65	Sólo tendría sexo con la persona amada.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
66	No busco reconocimiento por mis esfuerzos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
67	Cuando estoy en una relación romántica, disfruto centrando mis energías en ella.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
68	No tiene sentido limpiar porque las cosas se vuelven a ensuciar.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
69	No temo herir los sentimientos de los demás para conseguir lo que quiero.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
70	Cuidar niños me hace sentirme realizada.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
71	Estaría muy contenta conmigo misma aunque ganase peso.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
72	Sería agradable salir con más de una persona a la vez.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
73	Me gusta ser el centro de atención.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
74	Mi vida estaría completa sin una pareja.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
75	Rara vez me tomo la molestia de ser amable.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
76	Evito a los niños activamente.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
77	Ganar peso me da pánico.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
78	Sólo tendría sexo si tuviera una relación de compromiso, como el matrimonio.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
79	Sólo soy amable con la gente que me gusta.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

80	Me gusta estar cerca de niños.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
81	Tiendo a comer lo que quiero.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
82	No me siento culpable si pierdo el contacto con un/a amigo/a.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
83	Me siento incómoda con niños.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
84	Me daría vergüenza si alguien pensara que soy desagradable.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2

Cuestionario para los Enfermeros (el mismo que para las enfermeras, sólo cambia el instrumento de género que es el CMNI)



INSTRUCCIONES

Las siguientes páginas contienen una serie de afirmaciones sobre cómo podrían los hombres pensar, sentirse o comportarse. Dichas afirmaciones se han diseñado para medir actitudes, creencias y comportamientos asociados con los roles de género masculino, tanto los tradicionales como los no tradicionales.

Por favor, indique el grado en que está **personalmente de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación**. Rodee con un círculo la respuesta que mejor refleje **sus pensamientos, sus propias acciones, sentimientos y creencias**.

EJEMPLO DE ÍTEM

Es importante hacer saber	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	--------------------------------	------------	---------	-----------------------------

Rodee la afirmación con la que esté más de acuerdo en cada caso.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Debe rodear la respuesta que mejor describe sus acciones, sentimientos y creencias personales. Al contestar, lo mejor es responder con su primera impresión.

1	Es mejor ocultar las emociones.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
2	En general, haría cualquier cosa con tal de ganar.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
3	Si pudiera, cambiaría a menudo de pareja sexual.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
4	Si va a haber violencia, encuentro una forma de evitarla.	Totalmente en	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de

		desacuerdo			acuerdo
5	Me importa mucho que la gente piense que soy heterosexual.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
6	En general, tengo que salirme con la mía.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
7	Intentar ser importante es el mayor desperdicio de tiempo que existe.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
8	A menudo estoy absorto en mi trabajo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
9	Sólo me sentiré satisfecho cuando las mujeres sean iguales a los hombres.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
10	Odio pedir ayuda.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
11	Exponerme a riesgos peligrosos me ayuda a ponerme a prueba.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
12	En general, no gasto mucha energía intentando ganar.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
13	Lo mejor del sexo es la relación emocional con la pareja.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
14	Debería aprovechar todas las oportunidades para mostrar mis sentimientos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
15	Creo que la violencia nunca está justificada.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
16	No es malo que los demás piensen que uno es gay.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
17	En general, no me gustan las situaciones arriesgadas.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
18	Yo debería estar al mando.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
19	Es importante mostrar los sentimientos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
20	Me siento muy mal cuando el trabajo ocupa toda mi atención.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
21	Me siento mejor en mis relaciones con las mujeres cuando somos iguales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
22	Ganar no es mi prioridad.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
23	Me aseguro de que la gente piense que soy heterosexual.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
24	Me gusta arriesgarme.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
25	Me disgusta cualquier forma de violencia.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
26	Yo odiaría ser importante.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
27	Me encanta explorar mis sentimientos con otras personas.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
28	Si pudiera, tendría citas con muchas personas diferentes.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

29	Pido ayuda cuando lo necesito.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
30	Mi trabajo es la parte más importante de mi vida.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
31	Ganar no lo es todo, es lo único.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
32	Jamás me arriesgo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
33	Sólo tendría relaciones sexuales si me sintiera comprometido con dicha relación.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
34	Me gusta pelearme.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
35	Trato a las mujeres como iguales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
36	Menciono mis sentimientos cuando hablo con otras personas.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
37	Me enfurecería si alguien pensase que soy gay.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
38	Sólo me involucro románticamente con una persona.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
39	No me importa perder.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
40	Yo me arriesgo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
41	Nunca hago nada para llegar a ser importante.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
42	No me importaría en absoluto si alguien pensase que soy gay.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
43	Jamás comparto mis sentimientos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
44	La acción violenta es necesaria a veces.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
45	Pedir ayuda es una señal de fracaso.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
46	En general, controlo a las mujeres de mi vida.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
47	Me sentiría bien si tuviera muchas parejas sexuales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
48	Me importa ganar.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
49	No me gusta dedicar toda mi atención al trabajo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
50	Me siento incómodo cuando los demás me ven como importante.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
51	Sería horrible si la gente pensase que soy gay.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
52	Me gusta hablar de mis sentimientos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
53	Jamás pido ayuda.	Totalmente en	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de

		desacuerdo			acuerdo
54	La mayoría de las veces, no me importa perder.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
55	Es una tontería arriesgarse.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
56	El trabajo no es lo más importante de mi vida.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
57	Los hombres y las mujeres deben respetarse como iguales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
58	Las relaciones a largo plazo son mejores que los encuentros sexuales casuales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
59	Tener una posición social alta no es muy importante para mí.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
60	A menudo me expongo a situaciones arriesgadas.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
61	Las mujeres deberían subordinarse a los hombres.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
62	Estoy dispuesto a meterme en una pelea física si es necesario.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
63	Me gusta tener amigos gays.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
64	Me siento bien cuando el trabajo es mi prioridad.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
65	Tiendo a guardar mis sentimientos para mí.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
66	Hay que evitar involucrarse emocionalmente en las relaciones sexuales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
67	Ganar no es importante para mí.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
68	La violencia casi nunca se justifica.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
69	Estoy cómodo cuando intento salirme con la mía.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
70	El peligro es lo que me hace más feliz.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
71	Los hombres no deberían tener poder sobre las mujeres.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
72	Sería agradable salir con más de una persona a la vez.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
73	Me sentiría incómodo si alguien pensase que soy gay.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
74	No me da vergüenza pedir ayuda.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
75	El mejor sentimiento del mundo viene de ganar.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
76	El trabajo es lo primero.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
77	Tiendo a compartir mis sentimientos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

78	Me gusta la implicación emocional en una relación romántica.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
79	Jamás actuaría violentamente, sea cual sea la situación.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
80	Si alguien pensase que soy gay, no discutiría sobre el tema.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
81	Las cosas tienden a ir mejor cuando los hombres están al mando.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
82	Prefiero estar seguro y tener cuidado.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
83	Nadie debería dejarse atar saliendo solo con una persona.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
84	Tiendo a invertir mi energía en otras cosas distintas del trabajo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
85	Me molesta cuando tengo que pedir ayuda.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
86	Me encanta cuando los hombres están al mando de las mujeres.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
87	Ser importante me hace sentirme bien.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
88	Odio cuando la gente me pide que hable de mis sentimientos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
89	Trabajo duro para ganar.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
90	Sólo me sentiría satisfecho con el sexo si hubiera una relación emocional.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
91	Intento evitar que me perciban como gay.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
92	Odio cualquier tipo de riesgo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
93	Prefiero mantenerme poco emotivo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
94	Me aseguro de que la gente haga lo que yo digo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3.

HOJA DE INFORMACIÓN AL SUJETO

INTRODUCCIÓN

El objeto de este documento es que usted reciba la información necesaria y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere participar en el proyecto de investigación titulado “Mujeres y Salud”, cuyo objetivo final es la realización de una tesis doctoral titulada: “Relación entre Género y Salud en los profesionales de Enfermería”.

Le rogamos que lea esta hoja informativa con atención. Por nuestra parte, estamos a su disposición para aclararle todas las dudas que puedan surgirle. Además, puede Ud. consultar con las personas que considere oportuno. Si tiene alguna duda diríjase a D^a Ana Isabel Saavedra San Román, matrona del área de paritorio de H.U. Getafe (ext. 2116)

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación en el proyecto es totalmente voluntaria. Puede Ud. decidir no participar sin que esto tenga ninguna consecuencia.

También puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

OBJETIVO

Determinar la correlación entre Género y Salud en enfermeros/as.

Existe evidencia científica sobre las diferencias en salud de hombres y mujeres debidas a los roles que socialmente determinan lo que se espera de ambos en un momento histórico determinado.

Nuestro objetivo es realizar un estudio, del que no existen antecedentes publicados en nuestro medio, sobre el estado de salud de los enfermeros/as y su correlación con las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de género, además de realizar una medida objetiva a través de la determinación de cortisol en plasma, hormona que se utiliza para el estudio de la respuesta endocrina del organismo a amenazas reales o percibidas, tanto psicológicas como fisiológicas.

METODOLOGÍA

A través de la Dirección de Enfermería se pedirá la ubicación de los enfermeros que trabajen en este hospital, se concertará una cita para explicar los objetivos de esta investigación y se explicarán todas las dudas que puedan surgir.

Se solicitará que lean y firmen este consentimiento informado.

Se procederá a solicitar la cumplimentación de los siguientes cuestionarios, que podrán ser rellenados en sus domicilios:

1. Cuestionario sociodemográfico.

2. Cuestionario sobre salud física y psicológica (presencia de patologías, salud mental, hábitos de vida, alimentación, sueño, ejercicio físico, etc).
3. Cuestionario para medir género.

Se concertará una cita en ayunas, sin haber realizado turno nocturno de trabajo, para la extracción de una muestra de sangre cuyo objetivo será la determinación de la hormona cortisol en plasma.

En dicha cita se recogerá el cuestionario previamente entregado y se resolverán las dudas que pudieran haber surgido durante su cumplimentación.

Todos los datos obtenidos serán recogidos de forma anónima y confidencial y se procederá a su análisis estadístico.

Anexo modelos de cuestionarios.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Beneficios

Poder realizar un análisis general del estado de salud físico y psicológico del personal de enfermería del Hospital Universitario de Getafe y estudiar su correlación con las medidas de género evaluadas.

Éste estudio no aportará ningún beneficio para el participante.

Riesgos

Los derivados de una punción venosa: las venas varían en tamaño de un paciente a otro y de un lado del cuerpo a otro, razón por la cual extraer sangre de algunas personas puede ser más difícil que de otras.

Otros riesgos asociados con la extracción de sangre son leves, pero pueden ser:

- Sangrado excesivo
- Desmayo o sensación de mareo
- Hematoma (acumulación de sangre debajo de la piel)
- Infección (un riesgo leve cada vez que se presenta ruptura de la piel)

CONFIDENCIALIDAD

Si firma Ud. este documento debe saber que:

1) De acuerdo con lo dispuesto en el Art. 8 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos y el Art. 12 del RD 1720/2007, Ud. Consiente expresamente que todos sus datos personales sean recogidos y tratados de forma confidencial.

2) Podrá Ud. ejercitar los derechos reconocidos en la Ley y, en particular, los de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a la matrona que solicitó su participación en el proyecto.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Su participación en el proyecto no le supondrá ningún gasto ni beneficio económico.

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido informado del desarrollo de un Proyecto de Investigación

Este proyecto se va a utilizar de base para la elaboración de la tesis “Relación entre Género y Salud en profesionales de Enfermería”.

De manera voluntaria consiento a participar en el estudio y a que se me realice la extracción de sangre y el cuestionario pertinente. Este estudio resulta inocuo para mí.

Entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria. Comprendo que puedo revocar mi consentimiento:

- En cualquier momento
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mi asistencia sanitaria

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de éstas en las condiciones detalladas en este documento. Y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto con la persona que me ha informado que también firma al pie de este documento

..... a de de 200....

Participante del estudio:

Informador:

Don

Yo

.....

Firma del Participante del estudio

Firma del Investigador

Fecha/...../.....

Fecha/...../.....

ANEXO 5

Tablas Descriptivos de variables Salud en profesionales de Enfermería y en población general española

Tabla 1- Datos de salud autopercebida en la muestra de estudio y la población

	Muestra Estudio N:196	Muestra ENS N: 25434	Mujeres Enfermeras n: 98	Mujeres ENS n: 12473	Hombres Enfermeros n: 98	Hombres ENS n: 12961
	%	%	%	%	%	%
Salud autopercebida						
Muy bueno	20.4%	23.28%	17.3%	21,20%	23.5%	25,27%
Bueno	66.8%	53.94%	63.3%	51,68%	70.4%	56,16%
Regular	12.2%	18.11%	18.4%	21,60%	6.1%	14,74%
Malo	-	3.28%	-	3,98%	-	2,60%
Muy malo	0.5%	1.40%	1%	1,54%	-	1,25%
Salud autopercebida dicotómica						
Buena	87.2%	77.22%	80.6%	72.88%	93.9%	81.43%
Mala	12.8%	22.78%	19.4%	27.12%	6.1%	18.57%

general española

Tabla 2- Datos de enfermedades o problemas de salud en la muestra de estudio y la población general española.

	Muestra Estudio N:196	Muestra ENS N: 25434	Mujeres Enfermeras n: 98	Mujeres ENS n: 12473	Hombres Enfermeros n: 98	Hombres ENS n: 12961
Enfermedades ó Problemas de salud	%	%	%	%	%	%
Tensión alta	8.2%	7.73%	6.1%	7.23%	10.2%	8.22%
Infarto de miocardio	-	0.26%	-	0.13%	-	0.39%
Otras enfermedades corazón	2%	1.27%	2%	1.64%	2%	0.90%
Varices en las piernas	21.9%	12.12%	34.7%	20.24%	9.2%	4.24%
Artrosis, artritis, reumatismo	4.1%	8.66%	6.1%	11.56%	2%	5.80%
Dolor espalda crónico cervical	16.3%	19.34%	24.5%	26.14%	8.2%	12.76%
Dolor espalda crónico lumbar	19.4%	19.97%	22.4%	23.27%	16.3%	16.77%
Alergia crónica	19.4%	12.68%	17.3%	14.21%	21.4%	11.18%
Asma	8.7%	4.08%	9.2%	4.63%	8.2%	3.54%
Bronquitis crónica	-	2.07%	-	2.4%	-	1.75%
Diabetes	2%	1.78%	1%	1.54%	3.1%	2.03%
Úlcera estómago/ duodeno	2%	2.45%	3.1%	2.36%	1%	2.53%
Incontinencia urinaria	-	1.39%	-	2.15%	-	0.63%
Colesterol alto	13.8%	7.93%	10.2%	6.76%	17.3%	9.09%
Cataratas	0.5%	0.7%	-	0.64%	1%	0.76%
Problemas crónicos de piel	11.2%	5.07%	12.2%	5.94%	10.2%	4.24%
Estreñimiento crónico	5.1%	4.89%	9.2%	8.54%	1%	1.34%
Depresión/ ansiedad/ otros	14.3%	10.39%	20.4%	14.26%	8.2%	6.60%
Embolia	-	0.26%	-	0.35%	-	0.17%
Migraña dolor cabeza	27%	14.7%	34.7%	21.41%	19.4%	8.19%
Hemorroides	10.7%	6.19%	9.2%	8.01%	12.2%	4.41%
Tumores malignos	0.5%	0.54%	-	0.64%	1%	0.42%
Osteoporosis	-	1.04%	-	1.70%	-	0.37%
Anemia	11.2%	4.51%	18.4%	8.38%	4.1%	0.75%
Problemas de tiroides	8.2%	2.55%	12.2%	4.6%	4.1%	0.54%
Problemas próstata	0.5%	0.27%	-	-	1%	0.53%
Problemas menopáusicos	4.1%	2.99%	8.2%	6%	-	-
Promedio Enfermedad	7.82%	6.02%	9.67%	7.87%	5.97%	4.16%

Tabla 3- Datos de fármacos consumidos en las dos últimas semanas en la muestra de estudio y la población general española.

	Muestra Estudio N:196	Muestra ENS N: 25434	Mujeres Enfermeras n: 98	Mujeres ENS n: 12473	Hombres Enfermeros n: 98	Hombres ENS n: 12961
Consumo de medicamentos	%	%	%	%	%	%
Medicina para el catarro	26.5%	19.94%	28.6%	16.79%	24.5%	24.10%
Medicinas para el dolor	57.7%	51.06%	68.4%	55.98%	46.9%	44.7%
Medici para bajar fiebre	10.2%	4.43%	11.2%	3.97%	9.2%	5.1%
Reconstituyentes (vitaminas, minerales)	11.7%	9.03%	12.2%	11.35%	11.2%	6.03%
Laxantes	2.6%	2.83%	3.1%	4.19%	2%	1.08%
Antibióticos	11.7%	7.32%	11.2%	6.50%	12.2%	8.43%
Tranquilizantes, relajantes, para dormir	8.7%	10.34%	10.2%	12.42%	7.1%	7.67%
Medicamentos alergia	10.7%	6.79%	5.1%	6.61%	16.3%	7.09%
Medicamentos diarrea	1.5%	N/C	3.1%	N/C	-	N/C
Medicinas reuma	0.5%	3.73%	-	5%	1%	2.11%
Medicinas corazón	-	2.89%	-	2.05%	-	3.93%
Medicinas para la tensión arterial	2%	10.80%	2%	9.42%	2%	12.56%
Medicamentos estómago y alt. digestivas	13.3%	9.30%	13.3%	9.17%	13.3%	9.42%
Antidepresivos, estimulantes	2%	6.25%	2%	7.79%	2%	4.27%
Píldoras no embarazo	13.8%	7.06%	27.6%	12.36%	-	-
Hormona menopausia	-	1.13%	-	2.03%	-	-
Medicamentos para adelgazar	1%	N/C	1%	N/C	-	N/C
Medicamentos bajar colesterol	1%	6.61%	-	5.59%	2%	7.91%
Medicamentos diabetes	1.5%	3.38%	-	2.48%	3.1%	4.51%
Otros medicamentos	8.7%	21.39%	16.3%	23.04%	1%	19.23%
Productos homeopáticos	1.5%	28.89%	2%	28.23%	1%	28.23%
Productos naturistas	5.6%	83.46%	9.2%	87.51%	2%	84.95%
Promedio Consumo Fármacos	8.74%	14.83%	10.30%	15.62%	7.13%	14.07%

N/C: no consta en la ENS

Tabla 4- Datos de las consultas médicas en las cuatro últimas semanas en la muestra de estudio y la población general española.

	Muestra Estudio N:196	Muestra ENS N: 25434	Mujeres Enfermeras n: 98	Mujeres ENS n: 12473	Hombres Enfermeros n: 98	Hombres ENS n: 12961
	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)
Nº de consultas médico de Familia	0.21(0.51)	1.06(0.96)	0.27(0.55)	1.08(1.04)	0.16(0.47)	1.03(0.83)
Nº de consultas médico especialista	0.27(0.6)	0.59(1.02)	0.28(0.55)	0.62(0.95)	0.26(0.63)	0.56(1.1)

Tabla 5- Datos de salud psicológica en las últimas semanas en la muestra de estudio y la población general española.

	Muestra Estudio N:196	Muestra ENS N: 25434	Mujeres Enfermeras n: 98	Mujeres ENS n: 12473	Hombres Enfermeros n: 98	Hombres ENS n: 12961
	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)
Salud mental según ENS	1.87(2.58)	1.33(2.28)	2.28(2.81)	1.61(2.45)	1.47(2.26)	1.06(2.06)
Estrés laboral	5.02(1.33)	4.12(1.67)	5.22(1.25)	4.16(1.70)	4.82(1.38)	4.09(1.66)
Satisfacción laboral	5.34(1.28)	5(1.51)	5.29(1.24)	5.04(1.57)	5.40(1.32)	4.96(1.46)

Tabla 6- Datos de consumo de tabaco en la muestra de estudio y la población general española.

	Muestra Estudio N:196	Muestra ENS N: 25434	Mujeres Enfermeras n: 98	Mujeres ENS n: 12473	Hombres Enfermeros n: 98	Hombres ENS n:12961
Edad inicio consumo tabaco	Media(DT) 17.32(3.95)	Media(DT) 16.91(3.5)	Media(DT) 16.94(2.06)	Media(DT) 17.08(3.58)	Media(DT) 17.77(5.4)	Media(DT) 16.79(3.41)
Consumo de tabaco	%	%	%	%	%	%
Si fuma diariamente	25.02%	32.49%	27.61%	29.57%	22.42%	35.64%
Si fuma pero no diario	6.64%	3.95%	6.15%	3.31%	7.12%	4.56%
No fuma pero ha fumado	19.38%	17.26%	22.43%	15.84%	16.32%	18.73%
No fuma ni ha fumado	49.04%	46.31%	43.92%	51.29%	54.15%	41.37%
Consumo tabaco No diario						
3-4 veces/semana	44.66%	36.32%	41.72%	37.89%	47.61%	35.3%
1-2 veces/semana	37.55%	35.66%	41.78%	33.32%	33.33%	37.19%
Con menos frecuencia	17.87%	28.02%	16.71%	28.79%	19.02%	27.52%
Número de cigarrillos diarios						
Entre 1 y 9	82.71%	25.71%	81.61%	31.22%	82.71%	21.02%
Entre 10 y 19	12.22%	33.94%	13.32%	38.89%	12.22%	29.77%
≥ 20	5.14%	40.36%	5.14%	29.89%	5.14%	49.21%

Tabla 7- Datos de frecuencia en el consumo de alcohol en la muestra de estudio y la población general española

	Muestra Estudio N:196	Muestra ENS N: 25434	Mujeres Enfermeras n: 98	Mujeres ENS n: 12473	Hombres Enfermeros n: 98	Hombres ENS n:12961
	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)
Edad inicio consumo alcohol	18.56(3.34)	18.19(3.59)	18.61(2.74)	19.09(4.05)	18.52(3.78)	17.51(3)
Consumo bebidas alcohólicas en las dos últimas semanas	%	%	%	%	%	%
Sí	69.9%	56.79%	56.1%	46.09%	83.7%	66.84%
No	30.1%	43.21%	43.9%	53.90%	16.3%	33.15%
Consumo bebidas alcohólicas en los doce últimos meses						
Sí	93.4%	73.6%	90.8%	66.60%	95.9%	80.15%
No	6.6%	26.4%	9.2%	33.39%	4.1%	19.84%
Días de la semana en que se consume bebidas alcohólicas						
Vino o cava						
Fin de semana	75%	34.8%	83.3%	40.5%	66.7%	30.4%
Entre semana	4.8%	2.7%	3.7%	1.7%	5.9%	3.5%
Indistintamente	20.3%	62.5%	13%	57.9%	27.5%	66.2%
Cerveza con alcohol						
Fin de semana	55.7%	42.9%	62.1%	51.4%	49.2%	38.2%
Entre semana	8.6%	3.5%	10.3%	2.2%	6.8%	4.2%
Indistintamente	35.9%	53.6%	27.6%	46.4%	44.1%	57.6%
Aperitivos con alcohol						
Fin de semana	66.4%	66.4%	66.7%	68.1%	66.0%	64.9%
Entre semana	9.8%	1.8%	12.1%	1.4%	7.5%	2.3%
Indistintamente	23.8%	31.8%	21.2%	30.5%	26.4%	32.9%
Sidra						
Fin de semana	68.1%	32.9%	71.4%	32.9%	64.7%	32.9%
Entre semana	7.2%	1.2%	14.3%	0.9%	-	1.5%
Indistintamente	24.8%	65.9%	14.3%	66.2%	35.3%	65.6%
Combinados						
Fin de semana	92.6%	74.8%	96.7%	79.3%	88.5%	72.1%
Entre semana	0.55%	1.4%	-	1.1%	1.1%	1.6%
Indistintamente	6.8%	23.8%	3.3%	19.6%	10.3%	26.3%
Whisky						
Fin de semana	93.8%	67.3%	95.8%	75.2%	91.7%	65.3%
Entre semana	2.1%	1.7%	4.2%	1.8%	-	1.7%
Indistintamente	4.15%	31%	-	23%	8.3%	33.0%

Tabla 8- Datos de número de horas de sueño y dificultades durante éste en la muestra de estudio y la población general española

	Muestra Estudio N:196	Muestra ENS N: 25434	Mujeres Enfermeras n: 98	Mujeres ENS n: 12473	Hombres Enfermeros n: 98	Hombres ENS n: 12961
	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)
Nº horas sueño diario	7.32(1.02)	7.67(1.25)	7.33(1.02)	7.73(1.27)	7.32(1.02)	7.62(1.23)
En las últimas 4 semanas cuántas veces ha tenido: Dificultad quedarse dormido	%	%	%	%	%	%
Nunca	25.5%	61.62%	23.5%	56.12%	27.6%	66.98%
Algún día	46.9%	20.84%	43.9%	22.36%	50%	19.38%
Varios días	18.4%	9.1%	20.4%	10.33%	16.3%	7.87%
Mayoría de los días	7.7%	4.85%	9.2%	6.42%	6.1%	3.31%
Todos los días	1.5%	3.6%	3.1%	4.76%	-	2.45%
Despertarse varias veces						
Nunca	21.4%	48.18%	18.4%	29.31%	24.5%	54.24%
Algún día	46.4%	24.8%	39.8%	24.52%	53.1%	25.12%
Varios días	18.4%	13.03%	22.4%	14.68%	14.3%	11.42%
Mayoría de los días	11.2%	7.46%	16.3%	9.71%	6.1%	5.23%
Todos los días	2.6%	6.53%	3.1%	9.15%	2.0%	4%
Despertarse demasiado pronto						
Nunca	35.7%	62.96%	38.8%	59.8%	32.7%	66.03%
Algún día	44.4%	17.98%	35.7%	17.69%	53.1%	18.26%
Varios días	10.2%	8.28%	12.2%	9%	8.2%	7.6%
Mayoría de los días	7.1%	5.64%	11.2%	6.86%	3.1%	4.44%
Todos los días	2.6%	5.14%	2.0%	6.65%	3.1%	3.67%

Tabla 9- Datos de la actividad física, seguimiento de dieta, autopercepción de la Imagen corporal e IMC en la muestra de estudio y la población general española

	Muestra Estudio N:196	Muestra ENS N: 25434	Mujeres Enfermeras n: 98	Mujeres ENS n: 12473	Hombres Enfermeros n: 98	Hombres ENS n: 12961
Realiza actividad física en su tiempo libre						
Sí	61.2%	61.93%	51%	55.49%	71.4%	67.97%
No	38.8%	38.06%	49%	44.51%	28.6%	32.02%
Sigue alguna dieta						
Sí	15.8%	9.6%	20.4%	11.8%	11.2%	7.4%
No	84.2%	90.4%	79.6%	88.2%	88.8%	92.6%
Motivo de la dieta						
Perder peso	30.9%	52.2%	45%	62.8%	16.7%	64.4%
Mantener peso	18.4%	N/C	20%	N/C	16.7%	N/C
Vivir más saludablemente	22.5%	18%	20%	12%	25%	20.4%
Por enfermedad	15%	26.6%	5%	22.3%	25%	42%
Otra razón	13.4%	3.3%	10%	2.8%	16.7%	3.3%
En relación a su estatura, diría que su peso es						
Bastante mayor de normal	7.1%	7.1%	7.1%	8%	7.1%	6.3%
Algo mayor de lo normal	46.2%	33.4%	48%	34.9%	44.9%	32.1%
Normal	37.8%	52.1%	34.7%	51.3%	40.8%	52.9%
Menor de lo normal	8.7%	7.3%	10.2%	5.9%	7.1%	8.7%
I.M.C.						
Peso insuficiente (<18.5)	3.1%	2.7%	5.1%	4.6%	1%	0.9%
Normopeso (18.5-24.9)	65.8%	53.3%	78.6%	61.2%	53.1%	45.9%
Sobrepeso (25- 29.9)	23.4%	32.4%	8.1%	2.38%	38.7%	40.4%
Obesidad (>30)	7.6%	11.6%	8.1%	10.4%	7.1%	12.9%

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelin, T., Brzezinski, Z., & Castairs, V. (Eds.). (1987). *Measurement in health promotion and protection*. Copenhagen: ROE WHO.

Actis, W., Pereda, C., & de Prada, M.A. (2004). *Salud y estilos de vida en España. Un análisis de los cambios ocurridos durante la última década*. Colectivo IOÉ.

Adan, A. (1992). The influence of age, work schedule and personality on morningness dimension. *International Journal of Psychophysiology*, 12(2), 95-99.

Adan, A. (1995). La cronopsicología, su estado actual: una revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 391-428.

Addis, M. (2011). *Men's Mental Health in Massachusetts: Stigma, Substance Abuse, Suicide and Unemployment*. Clark University Mosakowski Institute for Public Enterprise.

Addis, M., & Mahalik, J.R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14.

Agudelo-Suárez, A.A., Ronda-Pérez, E., Gil-González, D., Vives-Cases, C., Garcia, A.M., Ruiz-Frutos, C., Felt, E., & Benavides, F.G. (2011). The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*, 11, 652. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/652>

Aiken, L., Clarke, S., Slone, D., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., ... Shamian, J. (2001). Nurses reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)*, 20(3), 43-53.

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.

Alberdi, R.M. (1998). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería*, 11, 20-26.

Alcará, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9(1), 93-107.

Al-Dubai, S.A., & Rampal, K.G. (2010). Prevalence and associated factors of burnout among Doctors in Yemen. *Journal of Occupational Health*, 52, 58-65.

Alexander, H. (2010). Upper Secondary Male Students' Perception of Nursing as a Career Choice. *International Journal for the advancement of Science & Arts*, 1(1), 41-62.

Alfaro-Lefevre, R. (2002). *Aplicación del Proceso Enfermero* (4a ed.). Barcelona: Masson.

Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., & ... Vollebergh, W. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the

European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(429), 47-54.

Álvarez, R. (2007). *Estadística aplicada a ciencias de la salud*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

Alzani, V., & Natale, A. (1998). Uno strumento per la valutazione delle differenze nei ritmi circadiani: una versione italiana della Composite Scale of morningness. *Testing Psicometría Metodología*, 5(1), 19-31.

American College of Sports Medicine ACSM. (2007). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. (7a ed.). Philadelphia, (USA): Lea & Febiger.

Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Annandale, E., & Hunt, K. (1990). Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. *Sociology of Health & Illness*, 12(1), 24-46.

Aparicio-García, M.E., Sánchez-López, M. P., Dresch, V., & Díaz-Morales, J.F. (2008). Las Relaciones entre salud física y psicológicas según el estatus laboral. *eduPsykhé*, 7(2), 201-212.

Arber, S. (1991). Class, Paid Employment and Family Roles: Making Sense of Structural Disadvantage, Gender and Health Status. *Social Science and Medicine*, 32(4), 425-436.

Arratia, A. (2005). Investigación y Documentación histórica en Enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(4), 567-574.

Arribas, A. (2008). *Clasificación de los factores etiológicos. Diagnósticos enfermeros estandarizados*. Madrid: FUDEN.

Artazcoz, L., Cortès, I., Borrell, C., Escribà-Agüir, V., & Cascant, L. (2011). Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Social Science & Medicine*, 72(4), 600-607.

Artazcoz, L., Rodríguez-Sanz, M., Cortés, I., & Cascant, L. (2005). *Desigualdades de Género en la salud en población de 25 a 64 años*. Informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Augusto, J. M., López-Zafra, E., Berrios, M.P., & Aguilar-Luzón, M.C. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 888-901.

Ayas, N.T., White, D.P., Al-Delaimy, W.K., Manson, J.E., & Stampfer, M.J. (2003). A prospective study of self-reported sleep duration and incident diabetes in women. *Diabetes Care*, 26, 380-384.

- Ayas, N.T., White, D.P., Manson, J.E., Stampfer, M.J., & Speizer, F.E. (2003). A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Archives of Internal Medicine*, 163, 205-209.
- Baucom, D.H. (1976). Independent masculinity and femininity scales on the California Psychological Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 876.
- Beavouir, S. (1949). *El segundo sexo*. (6a ed.). Madrid: Cátedra.
- Bedford, O., & Hwang, S. (2011). Flower drinking and masculinity in Taiwan. *Journal of Sex Research*, 48(1), 82-92.
- Behar, R. (2004). Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicancias. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 42(3), 183-194. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000300004&lng=es&nrm=iso.
- Bekker, J. (2003). Investigating gender within health research is more than sex desegregations of data: a Multi-Facet and Health Model. *Psychology Health Medicine*, 8, 231-43.
- Bellingrath, S., Weigl, T., & Kudielka, B.M. (2008). Cortisol dysregulation in school teachers in relation to burnout, vital exhaustion, and effort-reward-imbalanced. *Biological Psychologic*, 78, 104-113.
- Bem, S. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Benca R. (2005). Sleep loss and mood. *Medscape Family Medicine*, 7, 2-3.
- Benyamini, Y. (2008). Self-ratings of health and longevity: A health psychologist's viewpoint on epidemiological findings. *The European Health Psychologist*, 10(3), 10-13.
- Bird, C. E., & Rieker, P. P. (2008). *Gender and health: The Effects of Constrained Choices and Social Policies*. London and New York: Cambridge University Press.
- Bixler, E.O., Vgontzas, A.N., Lin, H.M., Vela-Bueno, A., & Kales, A. (2002). Insomnia in Central Pennsylvania. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 589-592.
- Blanco, L., & Ortin, A., (2008). *Abordaje individual en alcoholismo y patología dual. Diferencias de género*. Ponencia presentada en: Mujer, alcohol y patología dual. Toledo: Asociación Española de Patología Dual.
- Blazina, C., & Watkins, C. E. (1996). Masculine gender role conflict: Effects on men's scores of psychological well-being, substance usage, and attitudes toward helpseeking. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 461-465.

Blázquez-Rodríguez, M.I. (2005). Los componentes de género y su relación con la enfermería. *Index de Enfermería*, 14(51), 50-54.

Bobes, J., Casas, M., & Gutierrez, M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Ars Medica.

Boletín Oficial de Estado BOE (2003). *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*. Ministerio de la Presidencia.

Boman E. K., & Walker, G.A. (2010). Predictors of Men's Health Care Utilization. *Psychology of Men & Masculinity*, 11(2), 113-122.

Bonet, R., Molineé A., Olona, M., Gil, E., Bonet, P., Les-Morrell, E., ... Bonet-Porqueras, M. (2009). Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermería. *Enfermería Clínica*, 19(2), 76-82.

Borrell, C., & Benach, J. (2006). La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. Grupo de trabajo CPS-FJ Bofill. *Gaceta. Sanitaria*, 20(5), 396-406.

Boyle, D.K., Bott, M.J., Hansen, H.E., Woods, C.Q., & Taunton R.L. (1999). Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 8, 361-371.

Bradley, H. (1989). *Medicine in men's work, women's work. A Sociological History of the Sexual Division of Labour in Employment*. Minneapolis: University of Minesota Press.

Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En R. Briceño-León, M. De Souza, y C. Coimbra (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fiocruz.

Brown, B. (2009). Men in nursing: re-evaluating masculinities, re-evaluating gender. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 33(2), 120-129.

Brown, E.L. (1940). *Nursing as a Profession* (2a ed.). New York: Rusell Sage Foundation.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod

Budge, C., Carryer, J., & Wood, S. (2003). Health correlates of autonomy, control and profesional relationships in the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), 260-268.

Buela-Casal, G., & Miró, E. (2001). *¿Qué es el sueño?: Para qué dormimos y para qué soñamos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Burguete, M.B., & Alcalá, L. (2007). Estereotipos de género y enfermería. *Educare*, 21 (38), 1-13.

Burguete, M.B., Martínez, J.R., & Martín, G. (2010). Actitudes de género y estereotipos en enfermería. *Cultura de los cuidados*, 28, 39-48.

Cabrera, G. (2004). Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35, 164-168.

Cabrera, G., Tascón, J., & Lucumí, G. (2001) Creencias en salud, historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91-101.

Cano-Caballero, M.D. (2004). Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. *Index de Enfermería*, 13(46), 34-39.

Calvo, M. A. (2011). Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index de Enfermería*, 20(3), 184-188.

Campbell, L., Fowles, E.R., & Weber, B.J. (2004). Organizational structure and job satisfaction in public Health Nursing. *Public Health Nursing*, 6, 564-571.

Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2007). *The work and health of nurses. How do nurses' perceptions vary across Canada?* Canada: CIHI.

Canadian Labour and Business Centre. (2002). Twelve Case Studies on Innovative Workplace Health Initiatives: Summary of Key Conclusions. Canadá: CLBC.

Carasa, P. (1985). *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid y Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca.

Carlsson, M. (1988). Femininity, masculinity, and psychological androgyny in nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2(1), 25-29.

Carmona, L., Rozo, C., & Mogollón, A. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3, 62-77.

Carpenito, L.J. (2003). *Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica* (9a ed.). Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill.

Carvajal A., Centeno C., Watson R., Martínez M., & Sanz Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.

Case, A., & Paxson, C. (2005). Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, 42(2), 189-214.

Celma, M. (2007). *Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras* [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada, Departamento de Antropología Social.

Celma, M., & Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de Antropología experimental*, 9, 119-136.

Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2010). Youth risk behavior surveillance. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(5), 1-148.

Cervantes, V.H. (2005). Interpretaciones del coeficiente alfa de Cronbach. *Avances en medición*, 3, 9-28.

Coen, H. (1988). *La Enfermería y su identidad profesional*. Barcelona: Grijaldo.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). San Diego, CA: Academic Press.

Colomer, C., & Álvarez-Dardet, C. (2006). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Ed. Masson.

Comité Nacional para la Prevención del tabaquismo (CNPT). (2008). *Documento técnico de consenso para la atención sanitaria del tabaquismo en España*. Observatorio para la prevención del tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Comisión ejecutiva confederal de la Unión General de Trabajadores. UGT. (2006). *Guía sobre el estrés ocupacional*. Madrid

Consejo General de Enfermería. (2007). *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea*. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.

Consejo Internacional de Enfermería CIE. (2010). *Desarrollo de la reglamentación, las funciones y la competencia*. Ginebra: CIE, editores.

Constantinople, A. (1973). Masculinity-femininity: An exception to a famous dictum? *Psychological bulletin*, 80(5), 389-407.

Constazo, S., Di Castelnuovo, A., Donati, M.B., Iacoviello, L., & Gaetano, G. (2010). Alcohol Consumption and Mortality in Patients with Cardiovascular disease. *Journal of American Coronary and Cardiology*, 55(13), 1339-1347.

Conry, M.C., Morgan, K., Curry, F., McGee, H., Harrington, J., Ward, M., & Shelley, M. (2011). The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. *BMC Public Health*, 11, 692.

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., & La Vecchia, C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 38, 613-19.

Corrao, G., Rubbiati, L., Bagnardi, V., Zambon A., & Poikolainen K. (2000). Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*, 95, 1505-1523.

Cortés, I., Artacoz, L., Rodríguez-Sanz, M., & Borrell, C. (2004). Desigualdades sociales en la salud mental de la población ocupada. *Gaceta Sanitaria*, 18(5), 351-359.

Courtenay, W.H. (1998). An Overview and a Call to Action. *Colleague Men's Health*, 48, 279-290.

Courtenay, W.H. (2000a). Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. *Psychology Men & Masculinity*, 1,4-15.

Courtenay, W.H. (2000b). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50, 1385-1401.

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient Alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.

Cuellar-Flores, I., & Sánchez-López, M.P. (2011). Masculinity: how it can be made operative and its use in health. En Harrison, M. E. & Schnarrs, P.W. *Beyond Borders: Masculinities and Margins* (pp. 160-180). Harrison, Tennessee: Men's Studies Press.

Cuellar-Flores, I., Sanchez-Lopez, M.P., & Dresch, V. (2011). Conformity to Masculine Gender Norms Inventory in the Spanish population. *Anales de Psicología*, 27(1), 170-178.

Cutcliffe, J.R., & Wieck, K.L. (2008). Salvation or damnation: Deconstructing nursing's aspirations to professional status. *Journal of Nursing Management*, 16, 499-507.

Daoud, N., Soskolne, V., & Manor, O. (2009). Educational inequalities in self-rated health within the Arab minority in Israel: explanatory factors. *European Journal of Public Health*, 19(5),477-483.

Dardente, H., & Cermakian, N. (2007). Review: Molecular circadian rhythms in central and peripheral clocks in mammals. *Chronobiology International*, 24, 195-213.

Deane, R., Chummun, H., & Prashad, D. (2002). Differences in urinary stress hormones in male and female nurses at different ages. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 304-310.

De la Banda, G.G., Martínez-Abascal, M.A., Riesco, M., & Pérez, G. (2004). La respuesta del cortisol ante un examen y su relación con otros acontecimientos estresantes y con algunas características de personalidad. *Psicothema*, 16, 294-298.

De la Cruz-Sánchez, E., Moreno-Contreras, M.I., Pino-Ortega, J., & Martínez-Santos, R. (2011). Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud mental en España. *Salud Mental*, 34(1), 45-52.

De Pablo, C. (2007). El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing*, 25, 60-65.

Del Ríos Moro, O., Perezagua, M.C., Villalta, M.T., & Sánchez, A. (2005). Satisfacción personal de enfermería ¿Se cumplen nuestras expectativas? *Enfermería cardiovascular*. 4º congreso virtual de cardiología. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/tl014/tl014.php>

Deschamps, A., Olivares, S.H., de la Rosa, K.L., & Asunsolo, A. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 224-241.

- Díaz-Lovinga, R., Rocha, T.E., & Rivera, S. (2004). *Elaboración, Validación y Estandarización de un Inventario para Evaluar las Dimensiones Atributivas de Instrumentalidad y Expresividad*. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
- Díaz-Morales, J.F., & Aparicio-García, M.E. (2003). Relaciones entre matutinidad-vespertinidad y estilos de personalidad. *Anales de Psicología*, 19, 247–256.
- Díaz-Morales, J.F., & Gutiérrez, M. (2008). Morningness-Eveningness in adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 201-206.
- Díaz-Morales, J.F., & Sánchez-López, M.P. (2008). Morningness-eveningness and anxiety among adults: A matter of sex/gender? *Personality and Individual Differences*, 44, 1391–1401.
- Dio, E. (2008). *¿Cambio o inmovilidad de los estereotipos de género? Un intento de balance en Universidad Pontificia Comillas, Madrid*. Presentación en el VII Congreso Iberoamericano sobre Ciencia, Tecnología y Género. La Habana.
- Donahue, P. (1993). *Historia de la Enfermería*. Madrid: Doyma.
- Dresch, V., Sánchez-López, M.P., & Aparicio-García, M.E. (2008). Personality styles that either protect or make individuals' health more vulnerable in a Portuguese sample. *Social Behavior and Personality*, 36(10), 1411-1422.
- Dubós, R. (1975). *El espejismo de la Salud. Utopías, progreso y cambio biológico*. México: Fondo de cultura económica
- Duffau, T. (1999). Tamaño muestral en estudios biomédicos. *Revista Chilena de Pediatría*, 70(4), 314-324. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000400009&lng=es.
- Earp, J., & Ennett, S. (1991). Conceptual models for health education research and practice. *Health Education Research*, 6, 163-71.
- Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España EDADES. (2007-2008). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>.
- Edge, L. (2010). The role of emotional brain processing during sleep in depression. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 17(10), 857-861.
- Edwards, G. (1989). The rise and fall of the male nurse movement. *Nursing Times*, 85(5), 51-53.
- Eggen, A.E. (1994). Pattern of drug use in a general population; prevalence and predicting factors: the Tromso study. *International Journal of Epidemiology*, 3, 1262-1272.

Ellenbecker, C.H. (2004). A theoretical model of job retention for home health care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 303–310.

Encuesta Nacional de Salud ENS. (2006). Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Instituto Nacional de Estadística.

Encuesta Nacional de Salud de España. (1987). *2º Foro sobre el sistema de información del sistema Nacional de Salud. De Salud ¿cómo estamos? Las encuesta de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Escribà-Agüilar, V., Artazcoz, L., & Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300-308.

Esteban, M.L. (2006). El estudio de la Salud y el Género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9-20.

European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. (2000) *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 420, 21-27.

European Union. (2011). *The State of Men's Health in Europe*. Bruselas: European Union.

Evans J. (2004). Men nurses: a historical and feminist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 321-328.

Evans J. (2001). *Men Nurses And Masculinities: Exploring Gendered And Sexed Relations In Nursing*. Canada: Dalhousie University.

Farapi, S.L. (2009). *Drogas y género* (1a ed.). Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de publicaciones del gobierno Vasco.

Fernández, J. (1983). *Nuevas perspectivas en la medida de la masculinidad y feminidad*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense.

Fernández, J. (Coord.) (1996). *Varones y mujeres*. Desarrollo de la doble realidad del sexo y el género. Madrid: Pirámide.

Fernández, J. (2000). ¿Es posible hablar científicamente de género sin presuponer una generología? *Papeles del Psicólogo*, 75, 3-12.

Fernández, J. (2004). Perspectiva evolutiva: identidades y desarrollos de comportamientos según el género. En Barberá, E. y Martínez Benlloch, I. (Coord). *Psicología y género* (pp. 36-53). Madrid: Pearson.

Fernández, J. (2011). Un siglo de investigaciones sobre masculinidad y feminidad: una revisión crítica. *Psicothema*, 23(2), 167-172.

Fernández, N., Hinojal, R., Díaz, J., Sáiz, P.A., González, M.P., & Bobes, J. (2003). Valoración de tipología circadiana en trabajadores de un hospital general. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 6(1), 77-83.

Fernández-Mendoza, J., Ilioudi, C., Montes, M.I., Olavarrieta-Bernardino, S., Aguirre-Berrocal, A., de la Cruz-Troca, J.J., & Vela-Bueno, A. (2010). Circadian preference, nighttime sleep and daytime functioning in young childhood. *Sleep and Biological Rhythms*, 8, 52-62.

Feo, J. (2007). *Influencia del Trabajo por turnos en la salud y la vida cotidiana*. Revista de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

Fisher, M.J. (1996). Sex Role Characteristics of Males in Nursing. *Contemporary Nurse*, 8(3), 65-71.

Fisher, M.J. (2011). Sex differences in gender characteristics of Australian nurses and male engineers: A comparative cross-sectional survey. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 39(1), 36-50.

Folkard, S., & Tucker, P. (2003). Safety and Productivity. *Occupational Medicine*, 53, 95-101.

Fornés, J., Martínez-Abascal, M.A., & García de la Banda, G. (2008). Análisis Factorial del Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo en profesionales de Enfermería. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 267-283.

Freudenberguer, H.J. (1974). Staff burnout. *Social Issues*, 30(1), 159.

Galdas, P.M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 616-623.

Gallego, J. (2009). *Discriminación de Género en los Profesionales de la Enfermería [Tesina]*. Máster Oficial Estudios Interdisciplinarios de Género. Universidad De Salamanca.

García, A. (2003). Enfermería y turno de noche: trabajar contracorriente. *Infermería de Ponent*; 8, 1-7.

García, C., & Martínez, M.L. (2001). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Elsevier.

García de Cortázar, M.L., Guil, A., Pérez, E., & Bordons, M. (2005). *Mujer y ciencia: la situación de las mujeres investigadoras en el sistema español de ciencia y tecnología*. Madrid: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología, 2005. Disponible en: www.amit-es.org/descarg/FECYT-2005.pdf

Garner, D., Olmstead, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.

- Giannotti, F., Cortesi, F., Sebastiani, T., & Ottaviano, S. (2002). Circadian preference, sleep and daytime behaviour in adolescence. *Journal of Sleep Research*, 11, 191-199.
- Gispert, R., Rajmil, L., Schiaffino, A., & Herdman, M. (2003). Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 38(12), 677-683.
- Gobierno Vasco-Eusko Jaurlaritza. Osasun Saila-Departamento de Sanidad. (2002). *Políticas de Salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010*. Vitoria-Gasteiz.
- Godet-Cayre, V., Pelletier-Fleury, N., Le Vaillnat, M., Dinot, J., Massuel, M.A., & Leger, D. (2006). Insomnia and absenteeism at work. Who pays the cost? *Sleep*, 29, 179-84.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- González, M.T., & Landero R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad Estrés*, 12(1), 45-61.
- González, M.T., & Landero, R. (2008). Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UNAL*, 4, 406-410.
- Gracia, B., & Leza, J.C. (2008). Mecanismos inflamatorios/antiinflamatorios en el cerebro tras la exposición a estrés. *Revista de Neurología*, 46, 675-683.
- Granner, M. L., Black, D.R., & Abood, D.A.(2002). Levels of cigarette and alcohol use related to eating-disorder attitudes. *American Journal of Health and Behaviour*, 26, 43-55.
- Grau, A., Fliechtentrei, D., Suner, R., Font-Mayolas, S., Prats, M., & Braga, S. (2008). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios prevalencia y factores asociados. *Informació Psicológica*, 91, 64-79.
- Green, M. A., Davids, C. M., Skaggs, A. K., Riopel, C. M., & Hallengren, J. J. (2008). Femininity and eating disorders. *Eating Disorders*, 16(4), 283-293. Recuperado de <http://search.ebscohost.com.delfos.uem.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=18568919&lang=es&site=ehost-live>
- Griffith, E., Marshall, E.J., & Cook, C.C. (2003). *The Treatment of Drinking Problems a guide for the helping professions fourth edition*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Guallar-Castillón, P., Santa-Olalla, P., Banegas, J.R., López, E., & Rodríguez-Artalejo, F. (2004). Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Medicina Clínica*, 123(16), 606-610.

Guzman, R. (2009). Hacia un análisis interseccional de los procesos migratorios y la ciudadanía. En I. Vázquez. *Investigación y género. Avances en las distintas disciplinas de conocimiento*. (Coord.). (pp. 567- 588). Sevilla: Universidad de Sevilla.

Harding T. (2007). The construction of men who are nurses as gay. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 636-644.

Hare, J., Pratt, C.C., & Andrews, D. (1988). Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes. *International Journal Nursing Studies*, 25(2), 105-115.

Haro, J.M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I.,... Alonso, J. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.

Harris, A., Ursin, H., Murison, R., & Eriksen, H. R. (2007). Coffee, stress and cortisol in nursing staff. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 322-330.

Haskell, W.L., Lee, I.M., & Pate, R.R. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine Science Sports Exercices*, 39, 1423-1434.

Heirler, C. (2011). *La imagen social de la enfermera a través de los medios*. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada. Facultad de Bellas Artes.

Hernández, J.F. (Coord.). (1996). *Historia de la Enfermería en España. (Desde la antigüedad hasta nuestros días)*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

Hernández, J.F. (2010). *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. Documento de trabajo 162/2010. Fundación alternativas.

Hernández, F., Gallego, R., Alcaraz, S., & González, J.M. (1997). La Enfermería en la Historia: un análisis desde la perspectiva profesional. Cultura de los Cuidados. *Revista de Enfermería y Humanidades*, 5(2), 21-35.

Hernández, C., & Jiménez, D. (2009). Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 47-52.

Hernández-García, I., Sáenz-González, M.C., & González-Celador, R. (2010). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en el año 2006. *Anales del Sistema Sanitario Navarro, Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 23-33.

Hewitt, C. E., Perry, A.E., Adams, B., & Gilbod, M. (2010). Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. *Journal of the affective disorders*, 128(1-2), 72-82.

Hurtado, C., Martín, H., & Luceño, M.L. (2008). *Diferencias de género en ansiedad y estrés laboral*. Ponencia presentada en el VII Congreso Internacional de las SEAS, Benidorm.

Idler, E.L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.

Imai, H., Nakao, H., Tsuchiya, M., Kuroda, Y., & Katoh, T. (2004). Burnout and work environments in public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 764-768.

Instituto de la Mujer. (2007). *El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto de la mujer. (2007). *Las mujeres en España. Estadísticas. Salud. Profesionales Sanitarias*. Disponible en http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/salud/profesionales_sanitarias.htm

Instituto de Salud Carlos III. (2011). *Informe sobre la encuesta de enfermeras. Informe Global de los hospitales españoles*. Proyecto RN4CAST. Financiado por el Programa Marco de la Unión Europea.

Instituto Nacional de Estadística, INE. (2011). *Encuesta sobre número de profesionales sanitarios colegiados en España*. Madrid, España: Secretaria General de Asuntos Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Encuesta Europea de Salud en España*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Izquierdo, M.J. (Dir.). (2008). *Cuidado y provisión: el sesgo de género en las prácticas universitarias y su impacto en la función socializadora de la universidad (2004-2008)*. Disponible en: www.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/738.pdf

Izú, M., Antunes, E., Cavalcanti, G., & Silvino, Z. R. (2011). Trabalho noturno como fator de risco na carcinogênese. *Ciencia y Enfermería*, 3, 83-95.

Jiménez, M.G., Martínez, P., Miró, E., & Sánchez, A.I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal Clinic Health Psychology*, 8(1), 185-202.

Jinks, A.M. (2004). Angel, handmaiden, battleaxe or whore? A study which examines changes in newly recruited student nurses' attitudes to gender and nursing stereotypes. *Nurse Education Today*, 24(2), 121-127.

Juan-Rey, J.N. (1957). *Moral profesional del ATS. Texto acomodado al programa oficial. Primer curso*. Santander: Editorial Sal Térrea.

Kajantie, E., & Phillips, D.I.W. (2006). The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 151-178.

Karlsdotter, K. (2009). *Análisis multinivel de la influencia de la renta individual y regional en la salud de los españoles en 2007. Ponencia III Jornadas de Sociología*. Centro de estudios andaluces. Junta de Andalucía.

Kemmer, L.F., & Da Silva, M.J.P. (2007). La visibilidad del enfermero según la percepción de los profesionales de la comunicación. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(2), 191-198.

Kerkhof, G.A. (1985). Interindividual differences in the human circadian system: a review. *Biological Psychology*, 20, 83-112.

Kudielka, B.M., & Kirschbaum, C. (2005). Sex differences in HPA axis responses to stress: A review. *Biological Psychology*, 69, 113-132.

Kuhn, G. (2001). Circadian rhythm, shift work, and emergency medicine. *Annual Emergency Medicine*, 37(1), 88-98.

Kirchengast, S., & Haslinger, B. (2008). Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Austrians: Cross-sectional analysis. *Gender Medicine*, 5(3), 270-278.

Kojima, M., Wakai, K., Kawamura, T., Tamakoshi, A., Aoki, R., Lin, Y., ... Ohno, Y. (2000). Sleep patterns and total mortality: A 12-year follow-up study in Japan. *Journal of Epidemiology*, 10, 87-93.

Kondo, N. (2012). Socioeconomic disparities and health: impacts and pathways. *The Journal of Epidemiology and Community Health*, 22(1), 2-6.

Kondo, N., Kawachi, I., Subramanian, S.V., Takeda, Y., & Yamagata Z. (2008). Do social comparisons explain the association between income inequality and health? Relative deprivation and perceived health among male and female Japanese individuals. *Social Science and Medicine*, 67, 982-987.

Krieger, N. (2002). Glosario de Epidemiología social. *Boletín Epidemiológico / OPS*, 23(1), 7-11.

Kripke, D.F., Garfinkel, L., Wingard, D., Klauber, M.R., & Marder, M.R. (2002). Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 59, 131-136.

Kumari, M., Badrick, E., Chandola, T., Adam, E. K., Stafford, M., Marmot, M.G., Kirschbaum, C., & Kivimaki, M. (2009). Cortisol secretion and fatigue: Associations in a community based cohort. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 1476-1485.

Lage, A. (1995). Desafíos del desarrollo. *Ciencia, Innovación y Desarrollo*. La Habana.

Laín- Entralgo, P. (2006). *Historia de la medicina*. Barcelona: Masson.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ministry of Health and Welfare. Ottawa

- Landero, R., & González, M.T. (2004). Variables psicosociales como predictoras de la salud en mujeres. *Revista de Psicología Social*, 19(3), 255-264.
- Lash, S.J., Copenhaver, M.M., & Eisler, R.M. (1998). Masculine gender role stress and substance abuse among substance dependent males. *Journal of Gender, Culture and Health*, 3, 183-191.
- León, J.M., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A., & Herrera, I.M. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Barcelona: Editorial UOC.
- Levine, A., Zagoory-Sharon, O., Feldman, R., Lewis, J.G., & Weller, A. (2007). Measuring cortisol in human psychobiological studies. *Physiology and Behavior*, 90, 43-53.
- Li, J., Hansen, D., Moretnsen, P.B., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *Lancet*, 361, 363-367.
- Ling-Ling, T., & Sheng-Ping, L. (2004). Sleep patterns in college students: Gender and grade differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(2), 231-237.
- Liu, W. M., & Iwamoto, D. K. (2007). Conformity to masculine norms, Asian values, coping strategies, peer group influences and substance use among Asian American men. *Psychology of Men and Masculinity*, 8(1), 25-39.
- Lobo, A., & Muñoz, P.E. (1996). *Cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire)*. Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona: Masson.
- Locke, B.D., & Mahalik, J.R. (2005). Examining Masculinity Norms, Problem Drinking, and Athletic Involvement as Predictors of Sexual Aggression. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 279-283.
- López, E., Findling, L., & Abramzón, M. (2006). Desigualdades en Salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? *Salud Colectiva*, 2(1), 61-74.
- López-Araújo, B., Osca, A., & Peiró, J.M. (2007). El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicothema*, 19(1), 81-87.
- Lorber, J., & Moore, L.J. (2002). *Gender and the social construction of illness*. Walnut Creek: Altamira Press.
- Löwenthal, K., Goldblatt, V., Gorton, T., Lubitsch, G., Bicknell, H., Fellowes, D., & Swoden, A. (1995). Gender and depression in Anglo-Jerry. *Psychological Medicine*, 25, 1051-1063.
- Lunardi, V., Peter, E., & Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*, 16(5), 268-274.
- Lwanga, S.K., & Lemeshow, S. (1991). *Determinación del tamaño de las muestras en los estudios sanitarios*. Manual práctico. Ginebra: O.M.S.

Mackintosh, C. (1997). A historical study of men in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 232-236.

Mahalik, J.R. (2011). *The Status of Men's Physical Health: A Cause for Concern for the Commonwealth of Massachusetts. In Men at risk: The Physical, Mental and Social Health of Men in Massachusetts*. Clark University. Mosakowski Institute for Public Enterprise

Mahalik, J.R., & Burns, S.M. (2011). Predicting health behaviors in young men that put them at risk for heart disease. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(1), 1-12.

Mahalik, J.R., Burns, S. M., & Syzdek, M. (2007) Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviours. *Social Science & Medicine*, 64, 2201–2209.

Mahalik, J.R., Lagan, H., & Morrison, J. A. (2006). Health behaviors and masculinity in Kenyan and U.S. male college students. *Psychology of Men & Masculinity*, 7, 191–202.

Mahalik, J.R., Locke, B., Ludlow, L., Diemer, M., Scott, R. P. J., & Gottfried, M. (2003). Development of the conformity to masculine norms inventory. *Psychology of Men and Masculinity*, 4, 3-25.

Mahalik, J. R., Morray, E. B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L. H., Slattery, S. M., & Smiler, A. (2005). Development of the conformity to feminine norms inventory. *Sex Roles*, 52, 417-435.

Mansfield, A. K., Addis, M.E., & Mahalik, J.R. (2003). Why won't he go to the doctor? The psychology of men's help seeking. *International Journal Mens Health*, 2, 93-110.

Mao, Z-H., & Zhao, X-D. (2012). The effects of social connections on self-rated physical and mental health among internal migrant and local adolescents in Shanghai, China. *BMC Public Health*, 12, 97.

Martín, J.J., López del Amo, M.P., García, L., Moya, M.N., & Jódar, F. (2007). *Análisis multinivel de la influencia de características individuales, capital social y privación en el estado de salud percibida en España*. Proyecto financiado por BBVA y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Martínez- Benlloch, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología*, 34(2), 253-266.

Martínez, M. L., & Chamorro, E. (2011). *Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero* (2a ed.). Barcelona: Elsevier.

Marulanda, I.C. (2007). *Estrés laboral enemigo silencioso de la salud mental y la satisfacción con la vida*. Bogotá: Ediciones Uniandes.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1982). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Matud, M.P., & Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*, 32, 53-58.
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Signs*, 30(3), 1771-1800.
- McCreary, D. R., Saucier, D. M., & Courtenay, W. H. (2005). The drive for muscularity and masculinity: Testing the associations among gender role traits, behaviors, attitudes, and conflict. *Psychology of Men & Masculinity*, 6, 83-94.
- McHugh, M., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J., Sloane, D., & Aiken, L. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2), 202-210.
- McLaine, M.A., & Hurrell, J.J. (1988). Control, stress and job satisfaction in canadian nurses. *Work & Stress*, 2(3), 217-224.
- Meadus, R. J., & Twomey, J. (2011). Men Student Nurses: The Nursing Education Experience. *Nursing Forum*, 46(4), 269-279.
- Mebenzehl, L., Lukesch, H., Klein, H., Hajak, G., Schreiber, W., & Putzhammer, A. (2007). Burnout in mental health professionals in psychiatric hospital. *Psychiatrische Praxis*, 34, 161-167.
- Medina, J.L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanaza en enfermería*. Universidad de Barcelona.
- Melamed, S., Shirom, A., Toser, S., Beliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132, 327-353.
- Meredith, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K., Rothbaum, B., & Moss, M., (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (UCI) nurses: Result of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 292-299.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud 2006*. Madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Informe Salud y Género 2005*. Madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Informe de Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida*. Madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Prevención de los problemas derivados del alcohol*. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Informe Salud y Género 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias*. Madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2009). *Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025*. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección. Madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010*. Madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado.

Miqueo, C., Barral, M.J., & Magallón, C. (Eds.) (2008) *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*. Zaragoza: Ed. Prensas Universitarias de Zaragoza.

Miranda D. (2008). *"W"-Men: Male Nurses' Negotiation Of Masculinity In A Predominantly Female Profession*. Mississippi State University.

Miró, E., Cano-Lozano, M.C., & Buéla-Casal, G. (2005). Sueño y Calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27.

Miró, E., Iáñez, M.A., & Cano-Lozano, M.C. (2002). Patrones de sueño y salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica*, 2, 301-326.

Möller-Leimkühler, A.N. (2002). Barrier to help-seeking in men: a review of socio-cultural and clinical literatura with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9.

Mommesteeg, P.M., Heijnen, C.J., Kavelaars, M.J., & Van Doornen, L.J. (2006). Immune and endocrine function in bournout syndrome. *Psychomatic Medicine*, 68, 879-886.

Money, J.(1955). Hermaphroditism, Gender and Precocity in Hyperadrenocorticism: Psychological Findings. *Bulletin of The John Hopkins Hospital*, 96, 253-264.

Money, J. (1985). Gender: History, theory and usage of the term in sexology and its relationship to nature/nurture. *Journal of Sex and Marital therapy*, 11, 71-79.

Moreno, J.A., Moreno, R., & Cervelló, E. (2009). Relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Adicciones*, 21(2), 147-154.

Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.

Mossey, J.M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72, 800-808.

- Muldoon, O., & Reilly, J. (2003). Career choice in nursing students: gendered constructs as psychological barriers. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 93-100.
- Mullan, B., & Harrison, J. (2008). Male and female nursing applicants' attitudes and expectations towards their future careers in nursing. *Journal of Research in Nursing*, 13(6), 527-539.
- Mussap, A. J. (2008). Masculine gender role stress and the pursuit of muscularity. *International Journal of Men's Health*, 7, 72- 89.
- NANDA Internacional (2010). *Diagnósticos enfermeros 2009-2011. Definiciones y clasificación*. Barcelona: Ed. Elsevier.
- Neff, J., & Hoppe, S. (1992). Acculturation and drinking patterns among U.S. anglos, Blacks, and Mexican Americans. *Alcohol & Alcoholism*, 27(3), 293-308.
- Nelson, D. L., & Burke, R. J. (Eds.). (2002). *Gender, work stress and health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Netz, Y., Wu, M.J., Becker, B.J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20, 272-284.
- Nobis, R., Sandén, I., & Elofsson, K.(2007). Masculinity and urogenital cancer: Sensitive issues in health care. *Contemporary Nurse*, 24(1), 79-88.
- Norwegian Institute of Public Health (2012). *Drug Consumption in Norway 2009-2011*.
- Nutbeam, D., & Harris, E. (1998). *Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion*. Sydney: National Centre for Health Promotion.
- Oblitas, L.A. (Coord.). (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: Psicom editores.
- Oblitas, L.A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning Editores.
- Obot, I.S., & Room, R. (2005). Alcohol, gender and drinking problems. *Perspectives from low and middle income countries*. Geneva: World Health Organization.
- Observatorio Sanitario del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería (2012). *La percepción de la crisis por parte del profesional de enfermería*. Madrid: CODEM.
- Ohayon, M.M. (2009). Pain sensitivity, depression, and sleep deprivation: links with serotonergic dysfunction. *Journal of Psychiatric Research* 43, 1243-1245.

Organización Internacional del Trabajo OIT. (1990). *El trabajo nocturno. Informe IV(1)*. Conferencia Internacional del Trabajo, 77ª reunión. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

Organización Mundial de la Salud OMS. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

Organización Mundial de la Salud OMS. (1998). *Gender and health: Technical paper. Reference* WHO/FRH/WHO/98.16. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/WHO_98_16_gender_and_health_technical_paper/WHO_98_16_table_of_contents_en.html

Organización Mundial de la Salud OMS. (2002). *Declaración de Madrid. La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: La necesidad de avanzar*, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report of a Joint FAO/ WHO Expert consultation. WHO Technical report series 916. WHO: Geneva.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2005). Tobacco free initiative. Why is tobacco a public health priority? Disponible en http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/print.html.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2005). *Políticas, planes y programas en salud mental. Conjunto de Guía sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. Editores Médicos, S.A.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2007). Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO, mayo 2007. Disponible en: http://www.euro.who.int/document/gem/final_strat_sep07.pdf

Organización Mundial de la Salud OMS. (2007). Evaluation of the feasibility of international growth standards for school-aged children and adolescents . *Journal of Nutrition*, 137, 153-157.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2007). *Qué es salud mental? Sección Preguntas y Respuestas*. Disponible en <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2007). World Mental Health Survey Initiative, National comorbidity survey, 12-month prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort, 2007. Disponible en http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/NCS-R_12-month_Prevalence_Estimates.pdf.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud*. Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2009). *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risk factors*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2011). *Report on the global tobacco epidemic*. Warning about the dangers of tobacco.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2011). Salud mental. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

Ortega, C., & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.

Ozdemir, A., Akansel, N., & Tunk, G. C. (2008). Gender and Career: Female and Male Nursing Students' Perceptions Of Male Nursing Role in Turkey. *Health Science Journal*, 2(3), 153-161.

Packard, J. G., & Motowidlo, S. J. (1987). Subjective stress, job satisfaction and job performance of hospital nurses. *Research in Nursing & Health*, 10, 253-261.

Paine, S. J., Gander, P.H., & Travier, N. (2006). The epidemiology of morningness-eveningness: Influence of age, gender, ethnicity and socioeconomic factors in adults (30–49 years). *Journal of Biological Rhythms*, 21, 68-76.

Pardo, A. (1997). ¿Qué es la salud? *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41(2), 4-9.

Payne, J., Cho, R., Desmeules, M., & Neutel, I. (2003). *Factors associated with women's medication use*. *Women's Health Surveillance Report*. Canadian Institute for Health Information.

Peiró, J.M. (2005). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid. Pirámide.

Peralata, R. L., & Cruz, J. M. (2006). Conferring meaning onto alcohol-related violence: An analysis of alcohol use and gender in a sample of college youth. *The Journal of Men's Studies*, 14, 109-125.

Pereiro, C. (Ed.) (2010). *Manual de adicciones para médicos especialista en formación*. Sociedad Científico Española de Estudios sobre el Alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías. Financiado por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

Pietiläinen, O., Laaksonen, M., Rahkonen, O., & Lahelma, E. (2011). Self-rated health as a predictor of disability retirement--the contribution of ill-health and working conditions. *PLoS ONE* 6(9), e25004.

Pinquart, M., & Soerensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journals of Gerontology Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B (4), 195-213.

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
- Piña, B. (1990). Modelos de explicación sobre la determinación del proceso Salud-Enfermedad. Factores de riesgo en la comunidad. En A. Arredondo, *Análisis y reflexiones sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad*. México, D. F.: Universidad Autónoma de México.
- Pleck, J. H., Sonnenstein, F., & Ku, L. (1994). Problem behaviors and masculine ideology in adolescent males. En R. Ketterlinus & M. E. Lamb (Eds.) *Adolescent problem behaviour*. Hilldale, NJ: Erlbaum.
- Polit, D., & Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. (6ª ed.). México: Edit McGraw-Hill Interamericana.
- Pontin, D. (1988). The use of profile similarity indices and the Bem sex role inventory in determining the sex role characterization of a group of male and female nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 768-774
- Prior, J. (1997). El estrés cultural suprime la ovulación. Riesgos para la osteoporosis. En AAVV: *Mujeres, Trabajo y Salud* (pp.47-56). Madrid: Instituto de la mujer. Serie Debate, 20.
- Quirantes, A.J., López, M., Hernández, E., & Pérez, A. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(3), 1-8.
- Real Academia Española RAE (2010). (22a Edición). *Diccionario de la lengua Española*. Espasa libros S.L.U. Madrid.
- Raggio, B., & Malacarne, P. (2007). Burnout in intensive care unit. *Minerva Anestesiologica*, 73, 195-200.
- Randler, C. (2011). Association between morningness-eveningness and mental and physical health in adolescents. *Psychology, Health, & Medicine*, 16, 29-38.
- Randler, C., & Schaal, S. (2010). Morningness-eveningness, habitual sleep-wake variables and cortisol level. *Biological Psychology*, 85, 14-18.
- Regal, A.R., Amigo, M.C., & Cebrián, E. (2009). Sueño y mujer. *Revista de Neurología*, 49(7), 376-382.
- Regidor, E., Martínez, D., Astasio, P., Ortega, P., Calle, M.E., & Domínguez, V. (2006). Evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en la percepción de la salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 1-5.
- Registeres Nursing Association of Ontario (2008). *Salud laboral, seguridad y bienestar de las enfermeras*. Toronto, Canadá: Registered Nurses' Association of Ontario

Ricci-Cabello, I., Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., & Montero-Piñar, I. (2010). [Mental disease, existence of diagnostic, use of psychotropic medication: differences by autonomous communities under the national health survey 2006]. *Revista Española De Salud Pública*, 84(1), 29-4.

Rico, A., Ramos, X., & Borrell, C. (2002). Distribución de la renta, pobreza y esperanza de vida en España. En J.M. Cabasés, J.R. Villalbí, y C. Aibar (Eds.). *Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública, Informe SESPAS 4*, 67-72. Valencia: Consejería de Sanidad.

Ríos, M.I. (2009). *Variables de personalidad y síndrome de estrés crónico asistencial: estudio exploratorio en el personal de enfermería*. [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia, Facultad de Psicología

Ríos-Risquez, M.I., & Godoy-Fernández, C. (2008). Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Enfermería Clínica*. 18(3), 134-41.

Robine, J.M., Jagger, C., & Egidi, V. (2000). *Selection of a coherent Set of Health Indicators. Final Draft. A first Step Towards. A User's Guide to Health Experiences for the European Union*. Francia: Euro-REVES.

Robinson, J.P., Shaver, P.R., & Wrightsman, L.S. (1991). *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego: Academic Press.

Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. (2010). [Prevalence of mental health problems and their association with socioeconomic, work and health variables: Findings from the Spain National Health Survey]. *Psicothema*, 22(3), 389-395.

Rochá, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J.E. (2011). Propiedades psicométricas del instrumento de cribado general Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (1), 125-139. Disponible en: [http://www.infocoponline.es/Recuperado de deviawarticle.asp?id=3280](http://www.infocoponline.es/Recuperado%20de%20deviawarticle.asp?id=3280)

Rocheblave, A.M. (1968). *Lo masculino y lo femenino en la sociedad contemporánea*. Madrid: Ciencia Nueva.

Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoa, L., Colomer, C., Escibás, V., ... Valls-Llobet, C. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 146-155.

Rohlfs, I., Borrell, C., & Fonseca, M. do C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(3), 60-71.

Rodríguez, J. A., & Bosch, J. L. (2004). *Enfermeras hoy: cómo somos y cómo nos gustaría ser*. Equipo de Investigación de Profesiones y Organizaciones de la Universidad de Barcelona. Colegio Oficial de Enfermería. Barcelona.

Rodríguez, C. (2007). Encuesta Nacional de Salud. Índice revista de estadística y Sociedad. *Instituto Nacional de Estadística*, 20, 9-12.

Rodríguez-Hernández, A., de la Cruz-Sánchez, E., Feu, S., & Martínez-Santos, R. (2011). Sedentarismo, obesidad y salud mental en la población española de 4 a 15 años de edad. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 373-382.

Rodríguez-Sanz, M., Carrillo, P., & Borrell, C. (2005). *Desigualdades sociales en la salud, estilos de vida y utilización de los servicios sanitarios en las CC.AA. 1993-2003*. Observatorio de Salud de la Mujer y del SNS. Ministerio de Sanidad Y Consumo.

Romo, N & Gil, E. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Revista Trastornos adictivos*, 8(4), 243-250.

Rosagro, F., Crespo, F.L., Egea, E., Dones, V., Consuegra, R., & Pozo, P. (2009). *Cronotipo de los trabajadores del servicio de urgencias de un hospital general. Relación con Ansiedad y Depresión*. 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.

Rout, U. (2002). Estrés laboral en profesionales de la salud. En J. Buendía-Ramos (Eds.). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.

The Royal Australian College of General Practitioners' RACGP. (2006). *Position statement on the role of general practitioners in delivering health care to Australian men*. Policy endorsed by the 48th RACGP Council 5 August 2006. Disponible en [http:// www.racgp.org.au/policy/mens_health.pdf](http://www.racgp.org.au/policy/mens_health.pdf).

Rubin, G. (1975). El tráfico de las mujeres; notas sobre la economía política del sexo. *Revista Nueva Antropología*, 5-145.

Rueda, J.R., Manzano, I., Darío, R., Pérez de Arriba, J., Zuazagoitia, J., & Zulueta, G. (2008). *La Promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Informe nº: Osteba D-08-08.

Ruiz, I., Ubago, M.C., Bermejo, M.J., Plazaola, J., Olry de Labry-Lima A., & Hernández, E. (2007). Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados con fibromialgia. *Revista Clínica Españolas*, 207(9), 433-439.

Ruíz, M. T., & Papí, N. (1998). *Guía de Estadísticas de Salud con Enfoque de Género: Análisis y Recomendaciones*. 140 Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos Sociales: 100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres.

Ruiz-Cantero, M.T., & Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 118-25.

Rutz, W., Wallinder, J., Konorrig, L., Rihmer, Z., & Pihlgren, H. (1997). Prevention on depression and suicide by education and medication: Impact on male suicidality. An

update from Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1, 39-46.

Saarento, O., Räsänen, S., Nieminen, P., Hakko, H., & Isohanni, M. (2000). Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in Northern Finland. *European Psychiatry*, 15, 205-212.

Salama-Younes, M., Montazeri, A., Ismail, A., & Roncin, C. (2009). Factor structure and internal consistency of the 12-item general health questionnaire (GHQ-12) and the subjective vitality scale (VS), and the relationship between them: A study from France. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 22-22. Recuperado de <http://search.ebscohost.com.delfos.uem.es/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=19265516&lang=es&site=ehost-live>

Sandín B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157

Sánchez-González, M.A. (2012). *Historia de la Medicina y Humanidades médicas*. (2a ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.

Sánchez-López, M.P. (1999). *Temporalidad, Cronopsicología y Diferencias Individuales*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Sánchez-López, M.P. (Ed.) (2003). *Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad*. Madrid: Díaz de Santos.

Sánchez-López, M. P., Aparicio-García, M.E., & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: Diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 583-589.

Sánchez-López, M. P., Cuellar-Flores, I., Dresch, V., & Aparicio-García, M.E. (2009). Conformity to Feminine gender norms in the Spanish population. *Social Behavior and Personality*, 37(9), 1171-1185.

Sánchez-López, M.P., Cuellar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). The impact of gender roles on health. *Women & Health*, 52, 182-196.

Sánchez-López, M.P., & Dresch, V. (2008). The 12-item General Health Questionnaires (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.

Sánchez-López, M.P., Dresch, V., & Cardenal, V. (2005). Relaciones entre salud física y psicológica en las mujeres de mediana edad. *Psicología*, XIX (1-2), 107-136.

Sánchez-López, M.P., López-García, J.J., Dresch, V., & Corbalán, J. (2008). Sociodemographic, Psychological and Health-Related Factors Associated with Poor Mental Health in Spanish Women and Men in Midlife. *Women & Health*, 48(4), 445-465.

Sánchez-López, M.P., Sánchez, F., Rivas, R., Cuellar-Flores, I., & Díaz-Morales, J.F. (2009). Towards a measurement of gender. *School and Health*, 21, 323-33.

Sánchez-Herrero, S., Sánchez-López, M.P., & Dresch, V. (2009). Hombres y trabajo doméstico: Variables demográficas, salud y satisfacción. *Anales de Psicología*, 25(2): 299-307.

Sanfélix, J., Palop, V., Pereiró, I., Rubio, E., Gosalbes, V., & Martínez-Mir, I. (2008). Gender influence in the quantity of drugs used in primary care. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 11-19.

Santamaria, M. (2003). Mecanismos y función del sueño: su importancia clínica. *Medicina Clínica*, 120(19), 750-755.

Santo Tomás, M. (1994). *Enfermería Fundamental. Historia de la Enfermería*. Barcelona: Masson.

SATSE. (2012). *Percepción de estrés en los profesionales de Enfermería en España*. Estudio SATSE. Madrid.

Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad SEEDO. (2011). Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO). *Revista española de obesidad*, 10(1), 1-78.

Seeman, M. V. (2000). Mental illness in women. In *Women and health*. M. B. Goldman & M. C. Hatch (Eds.). San Diego: Academic Press.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York, NY: McGraw-Hill.

Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Reading, MA: Butterworth's.

San Martín, H., & Pastor, V. (1988) *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.

Sen, G., & Östlin, P. (Coords.). (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health. Why it exists and how we can change it?* Final Report to the WHO Commissions on Social Determinants of Health. Women and Gender Equity Knowledge Network.

Siles, J., García, E., & Gallardo, Y. (1998). La enfermería en el cine. Imagen durante la Guerra Civil Española. *Revista de Enfermería*, 224, 25-31.

Siles, J., & Solano, C. (2007). Estructuras sociales, división sexual del trabajo y enfoques metodológicos. La estructura familiar y la función socio-sanitaria de la mujer. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 66-73.

Simon, J. G., De Boer, J. B., Joung, I.M., & Mackenbach, J.P. (2005). How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *European Journal of Public Health*, 15(2), 200-208.

Singh-Manoux, A., Gue'Guen, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Marmot, M., & Shipley, M. (2007). Self-Rated Health and Mortality: Short- and Long-Term Associations in the Whitehall II Study. *Psychosomatic Medicine* 69, 138-143.

Sistema Nacional de Salud de España SNS. (2010). Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. [monografía en Internet]. Madrid. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.

Smith, C., Reilly, C., & Midkiff, K. (1989). Evaluation of three circadian rhythm questionnaires with suggestions for an improved of morningness. *Journal of Applied Psychology*, 74, 728-738.

Smolak, L., & Murnen, S. K. (2008). Drive for leanness: Assessment and relationship to gender, gender role and objectification. *Body Image*, 5, 251-260.

Sobejano, I., Moreno, C., Viñes, J.J., Grijalba, A.M., Amezcua, C., & Derrano, M. (2009). Estudio poblacional de actividad física en tiempo libre. *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 127-132.

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). (2011). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Soler, M. (2008). Estudio IASIS sobre CMBD del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Spence, J.T., Helmreich, R., & Stapp, J. (1974). The personal attribute questionnaire: a measure of sex rol of stereotypes and masculinity-feminity. *Journal Supplement Abstract Service, American Psychological Association* 4, 43.

Spirduso, W.W., & Cronin, D.L. (2001). Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 6, 598-608.

Sprouse, D. (1987). *Examining the congruence of nursing behaviours and sex-role characteristics*. New York: Columbia University Teachers College.

Stanley, D. (2012). Celluloid devils: a research study of male nurses in feature films. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2526-2537.

Steinfeldt, J.E., Gilchrist, G.A., Halterman, A.W., Gomory, A., & Clint, M. (2011). Drive for Muscularity and Conformity to Masculine Norms Among College Football Players. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(4), 324-338.

Stock, C., Wille, L., & Krämer, A. (2001). Gender-specific health behaviors of German university students predict the interest in campus health promotion. *Health Promotion International*, 16, 145-154.

Stoller, R.J. (1968). *Sex and Gender. The development of masculinity and femininity*. Londres: Karnak books.

Stone, G. C., Cohen, F., & Adler, N.E. (1979). *Health Psychology*. San Francisco: Josey-Bass.

Stordal, E., Krueger, M. B., Dahl, N. H., Krueger, O., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2001). Depression in relation to age and gender in the general population: The Nord-Trondelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(3), 210-216.

Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2004). Income inequality and health: what have we learned so far? *Epidemiologic Reviews*, 26, 78-91.

Sullivan, E.J. (2000). Men in nursing: The importance of gender diversity. *Journal of professional Nursing*, 16(5), 253-254.

Suresh, S., Sabanayagam, C., & Shankar, A. (2011). Socioeconomic status, self-rated health, and mortality in a multiethnic sample of US adults. *The Journal of Epidemiology and Community Health*, 21(5), 337-345.

Svedberg, P., Bardage, C., Sandin, S., & Pedersen, N.L. (2006). A prospective study of health, life style and psychosocial predictors of self-rated health. *European Journal of Epidemiology*, 21, 767-776.

Talley, G., Thomas, R.E. & Brown, K.C. (2009). A health comparison of Alabama nurses versus US, UK and Canadian normative populations. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 13, 172-182.

Taghrid, A., Balsam, A., Samer, R., Tanja, P., Kenneth, D., & Wasim, M. (2007). Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public health*; 7:177.

Tajer, D. (2006). *Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividades en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes*. XIII Anuario de Investigaciones, (tomo I, pp. 239-248). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Tankova, I., Adan, A., & Buéla-Casal, G. (1994). Circadian typology and individual differences. A review. *Personality and Individual Differences*, 16(5), 671-668.

Terua, C., Longshore, D., Andersen, R.M., Arangua, L., Nyamathi, A., Leake, F., ...Gelberg, L. (2010). Health and health care disparities among homeless women. *Women & Health*, 50, 719-736.

Tillman, K., & Machtmes, K. (2008). "Considering the myths and realities of masculinity for men in nursing." *Men in Nursing*, 3(1), 23-28.

The National Union of Nurses Associations, Republic of China. (2008). Statistics of Nurses in Taiwan. Retrieved from <http://www.nurse.org.tw/DataSearch/Manpower.aspx/> on 8 Noviembre 2012.

- Thogersen-Ntoumani, C., & Ntoumanis, N. (2007). A self determination theory approach to the study of body image concerns, self-presentation and self-perceptions in a sample of aerobic instructors. *Journal of Health Psychology*, 12, 301-315.
- Tourangeau A.E., & Cranley L.A.(2006). Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 497-509.
- Tracey, C., & Nichol H. (2007). The multifaceted influence of gender in career progress in nursing. *Journal of Nursing Management*, 15, 677-682.
- Trucco, M. (2004). El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo; Documento de Trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad, 6(14), 185-188.
- Tucker, S. J., Harris, M. P., Pipe, T. B., & Stevens, S.R. (2010). Nurses' Rating of their health and professional work environments. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 58(6), 253-267.
- Tunbridge, W.M. (1977). The spectrum of thyroid disease in a community: The Whickham survey. *Clinical Endocrinology*, 7,481 -493.
- Twomey, J.C., & Meadus R.J (2008). Despite the Barriers Men Nurses are Satisfied with Career Choices. *Canadian Journal of Career Development*, 7(1), 30-34
- UNESCO. (1986). *Salud para todos en el año 2000*. Carta de Ottawa.
- US Department of Health and Human Services (HHS). (2008). *Physical activity guidelines for Americans*. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Washington: HHS. Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/>
- Ushiro, R., & Nakayama, K. (2010) Gender role attitudes of hospital nurses in Japan: Their relation to burnout, perceptions of physician-nurse collaboration, evaluation of care, and intent to continue working. *Japan Journal of Nursing Science*, 7, 55-64.
- Valls-Llobet, C. (1990). Aspectos de la morbilidad femenina diferencial. Informe de la situación. *Quaderns CAPS*, 16, 46-52
- Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles para la medicina*. Barcelona: Debolsillo.
- Valls-Llobet, C., Banqué, M., Fuentes, M., & Ojuel, J. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*, 39(1), 9-22.
- Varo, J.J., Martínez, J.A., & Martínez-González, M.A. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica*, 121, 656-72.
- Velasco, S. (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer (OSM).
- Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud. Teorías y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva ediciones.

- Verbrugge, L.M. (1976). Females and illness: recent trends in sex differences in the United States. *Journal Health Social Behaviour*, 17(4), 387-403.
- Verdonk, P., Seesing, H., & Rijk, A. (2010). Doing masculinity, not doing health? a qualitative study among dutch male employees about health beliefs and workplace physical activity. *BMC Public Health*, 10, 712.
- Vikram, P. S. (2011) Women and the smoking epidemic: turning the tide. *Bulleti of the World Health Organization*, 89 (3), 162.
- Villalbí, J.R., Suelves, J.M., Gracia-Contiente, X., Saltó, E., Ariza, C., & Cabezas, C. (2012). Cambios en la prevalencia del tabaquismo en los adolescentes en España. *Atención Primaria*, 44(1), 36-42.
- Villela, E. (2010). Género, poder/saber; su impacto en la profesión de enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 18(10), 403-408.
- Walters, V., Lenton, R., French, S., Eyles, J., Mayr, J., & Newbold, B. (1998). Paid work, unpaid work and social support: A study of the health of male and female nurses. *Social Science & Medicine*, 43(11), 1627-1636.
- Wang, L.; Tao, H.; Ellenbecker C. H. & Liu, X. (2012). Job satisfactio, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: a cross-sectional questionnaires survey. *Journal of advanced nursing*, 68(3), 529-549.
- Warburton, D.E., Nicol, C.W., & Bredin, S.S. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Yournal*, 174, 801-809.
- Willem, A., Buelens, M., & Jonghe, I.(2007). Impact of organizational structure on nurses' job satisfaction: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 1011-1020.
- Wood, B.D., & Killion, J.B. (2007). Bournout abouth healthcare professional. *Radiology management*, 48, 30-35.
- Zapico, F., & Adrián, J. (2003). ¿Misoginia en el mundo de la enfermería? Una mirada histórica. *Revista Rol de Enfermería*, 26(2), 20-30.